

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Radka Provazníková, DiS.

**Odhad spotřeby injekčního materiálu klienty pražských kontaktních center a
terénních programů**

Estimation of the consumption of injecting equipment by clients of Prague contact
centers and outreach programs

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 5.12.2016

.....

Bc. Radka Provazníková, DiS.

Identifikační záznam:

PROVAZNÍKOVÁ, Radka. *Odhad spotřeby injekčního materiálu klienty pražských kontaktních center a terénních programů [Estimation of the consumption of injecting equipment by clients of Prague contact centers and outreach programs]*. Praha, 2016. 83 s., 1 příl., 30 tab., 9 grafů, 1 obr. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2016. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování

Ráda bych poděkovala především Mgr. Jaroslavu Vackovi za perfektní odborné vedení, ohromnou trpělivost, cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat vedení a personálu kontaktních center a terénních programů Sananim, Progressive a Drop In v Praze za spolupráci a možnost realizace praktické části mé práce.

Mé díky patří i Mgr. Barbaře Janíkové za pomoc při získávání potřebných dat.

Závěrem bych chtěla poděkovat také mé rodině a blízkým za podporu po celou dobu mého studia.

Abstrakt

Východiska: Injekční užívání je mezi pražskými problémovými uživateli návykových látek nejpreferovanějším způsobem aplikace drog. V roce 2014 bylo v Praze zaznamenáno odhadem 15 700 injekčních uživatelů drog (7 500 uživatelů pervitinu, 2 500 uživatelů heroinu a 5 700 uživatelů buprenorfinu (Mravčík et al., 2015). Dle výzkumu Švůgerové (2015) spotřebují injekční uživatelé pervitinu, heroinu a Subutexu v Praze přibližně 15,5 milionu stříkaček za rok (Švůgerová, 2015). Data ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014* však říkají, že v Praze bylo v roce 2014 distribuováno 2,6 milionů injekčních stříkaček (Mravčík et al., 2015). To znamená, že pražští uživatelé spotřebují ročně daleko více stříkaček, než distribuují nízkoprahové služby a uvádí údaje získané z lékáren. Proto je potřeba zmapovat chování uživatelů v souvislosti s aplikací návykové látky, především jak souvisí spotřeba injekčního materiálu s typologií uživatele.

Cíl: Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit frekvenci aplikace drog u injekčních uživatelů a odhadnout celkovou roční spotřebu injekčního materiálu v závislosti na typologii uživatelů (užívané drogy, frekvence návštěvy výměnných programů,...).

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor byl tvořen celkem 155 klienty výměnných programů v Praze (3 kontaktní centra a 3 terénní programy). Všichni respondenti uvedli intravenózní užívání drog v posledním roce.

Metody: Pro realizaci výzkumu byla použita kvantitativní metoda. Data byla získána pomocí strukturovaného dotazníku, následně zpracována pomocí programu MS Excel a spotřeba stříkaček spočítána pomocí aritmetiky v tomto programu. Výsledky byly popsány pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky: Celková roční spotřeba injekčního náčiní uživatelů návykových látek v Praze se přibližně pohybuje v rozmezí 14 až 16 milionů stříkaček. Distribuce, uváděná ve *Výroční zprávě* tak představuje 16,6 – 19 % z tohoto čísla. Pražští injekční uživatelé drog ve větší míře injekční náčiní nesdílí. V posledním týdnu přiznalo sdílení jehly s další osobou pouhých 8 % respondentů. Naopak sdílení vlastní stříkačky v posledním týdnu uvedlo 48 % respondentů (75 osob). K použití vlastní již nesterilní stříkačky docházelo nejčastěji ve frekvenci 2 x týdně. 36,1 % klientů výměnných programů v Praze běžně potřebuje k 1 úspěšné aplikaci návykové látky více než 1 stříkačku (nejčastěji 2). Nejvíce stříkaček za den spotřebují uživatelé kombinace drog (5 kusů denně). Průměrná denní spotřeba stříkaček uživatelů všech typů uváděných drog dohromady je 2,7 kusů za den. Průměrná týdenní spotřeba, pokud ji sečteme pro všechny uživatele dle uvedené primární drogy, je rovna 19 kusům a celkem spotřebují uživatelé všech primárních drog 93 kusů jehel za týden a necelých 5 tisíc jehel za rok.

Závěr: Záměr a cíle této diplomové práce byly naplněny. Vypočtená reálná spotřeba injekčního náčiní několikanásobně převyšuje oficiálně uváděné údaje o distribuci jehel výměnnými programy. Tento výzkum může poskytnout důležité informace, které pomohou nízkoprahovým programům zvýšit efektivitu poskytovaných výměnných služeb.

Klíčová slova: injekční uživatelé drog - injekční materiál – spotřeba - vzorce užívání drog typologie uživatelů drog - kontaktní centrum - terénní program

Abstract

Background: Intravenous way of drug application is the most common between problem drug users at Prague. Due Mravčík et al. (2015), the estimate is, that there was a 15 700 intravenous drug users at Prague in 2014 (7 500 pervitin users, 2 500 heroin users and 5 700 buprenorphine users). And that they spend about 15,5 millions of syringes every year (Švůgerová, 2015). But the data in *Annual report on drug situation 2014* says, there was only 2, 6 millions of syringes distributed (Mravčík et al., 2015). This means, that Prague intravenous drug users spend many more syringes, that are distributed by low-threshold services and pharmacies. That is a reason of charting of the behaviour of drug users in connection with application of addictive substance, especially how the consumption of injecting material is connected with single type of drug user.

Aims: The main aim of the thesis is to find out the frequency of drug application in intravenous drug users and to estimate the total consumption of injecting material depended on single of users typology (used drugs, frequency of contact with harm reduction services...)

Research sample: The sample consists of 155 clients of harm reduction services at Prague (3 contact centers and 3 streetwork programs). All of the respondents stated the intravenous drug using in last year.

Methods: For the realisation of the research, the quantitative method was used. The data were obtained by structured questionnaire, then processed by MS Excel and the amount of syringes was calculated arithmetically in this program. Results were described by descriptive statistics.

Results: The rough overall consumption of injection material by drug users at Prague is between 14 and 16 millions of syringes in a year. The distribution, how is it presented in *Annual report on drug situation 2014* then constitutes in 16,6 – 19 % of these numbers. Prague injecting users mostly often do not share the syringes. Only 8 % stated, that they shared the needle with someone else in the last week. Conversely, the sharing of their own needle, stated 48 % of respondents (75 people). The frequency of re-using their own, not aseptic, needle usually 2 times a week. 36,1 % of clients of exchange services needs more than one needle to have a successful application (usually two). The higher consumption of syringes occurs in polydrug users (five pieces a day). The average weekly consumption is 19 pieces, and there is weekly average of 93 pieces of syringes, when we sum averages of single types of users. Annually, it is almost 5 thousands of needles.

Summary: The purpose and the aims of this thesis were fulfilled. The calculated real consumption of syringes exceed the officially presented numbers of distributed material by exchange programs many times. This research can provide important informations to help low-threshold services to improve their effectiveness.

Key words: injecting drug users - injecting equipment – consumption - patterns of drug use - typology of drug users - contact center - outreach program

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 VZORCE UŽÍVÁNÍ DROG | 12 |
| 1.1 Dělení uživatelů drog - kategorie | 13 |
| 1.2 Způsoby aplikace drog | 13 |
| 1.3 Problémové užívání drog | 14 |
| 1.3.1 Odhady prevalence problémového užívání..... | 14 |
| 1.3.2 Situace v Praze..... | 15 |
| 2 INJEKČNÍ UŽÍVÁNÍ DROG | 16 |
| 2.1 Vzorce injekčního užívání drog | 16 |
| 2.1.1 Kategorie injekčních uživatelů | 17 |
| 2.1.2 Závislost na jehle | 18 |
| 3 RIZIKA INJEKČNÍ APLIKACE | 19 |
| 3.1 Somatické komplikace a komorbidita..... | 19 |
| 3.1.1 Kategorie uživatelů drog dle somatického poškození | 19 |
| 3.1.2 Dělení somatických komorbidit dle původu:..... | 20 |
| 3.2 Sdílení injekčního materiálu | 20 |
| 3.3 Bakteriální infekce | 21 |
| 3.3.1 Lokální komplikace | 21 |
| 3.3.2 Invazivní infekce..... | 22 |
| 3.4 Orgánová a systémová poškození | 23 |
| 3.5 Krví přenosné infekční choroby (virového původu)..... | 24 |
| 3.5.1 HIV | 24 |
| 3.5.2 Virové hepatitidy | 25 |
| 4 HARM REDUCTION | 27 |
| 4.1 Definice | 27 |
| 4.2 Historie..... | 28 |
| 4.3 HR programy..... | 28 |
| 4.3.1 Společné principy TP a KC | 28 |
| 4.3.2 Terénní programy | 29 |
| 4.3.3 Kontaktní centra..... | 29 |
| 5 DISTRIBUCE HR MATERIÁLU | 30 |
| 5.1 Distribuovaný HR materiál | 30 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----------|
| 5.2 | Statistiky distribuce injekčního materiálu | 31 |
| 5.2.1 | Situace v Evropě | 31 |
| 5.2.2 | Česká republika..... | 32 |
| 5.2.3 | Situace v Praze..... | 32 |
| 6 | TYPOLOGIE INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG | 34 |
| 6.1 | Primární droga..... | 34 |
| 6.1.1 | Pervitin..... | 34 |
| 6.1.2 | Heroin | 35 |
| 6.1.3 | Buprenorfin..... | 36 |
| 6.1.4 | Kombinace drog (polymorfni užívání drog)..... | 37 |
| 6.2 | Věk | 38 |
| 6.3 | Pohlaví..... | 38 |
| II. PRAKTICKÁ ČÁST | | 40 |
| 7 | METODIKA VÝZKUMU | 41 |
| 7.1 | Výzkumné cíle | 41 |
| 7.2 | Výzkumné otázky..... | 41 |
| 7.3 | Výběrový soubor..... | 42 |
| 7.4 | Metodologie | 43 |
| 7.4.1 | Metody získávání dat | 43 |
| 7.4.2 | Metody zpracování a analýzy dat | 45 |
| 7.5 | Etické aspekty práce..... | 46 |
| 8 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 47 |
| 8.1 | Výzkumný soubor | 47 |
| 8.1.1 | Pohlaví respondentů..... | 47 |
| 8.1.2 | Věkové složení respondentů | 48 |
| 8.2 | Nejvyšší ukončené vzdělání | 49 |
| 8.3 | Délka injekčního užívání drog | 50 |
| 8.4 | Primární droga..... | 50 |
| 8.5 | Další drogy užívané injekčně | 52 |
| 8.5.1 | Shrnutí:..... | 54 |
| 8.6 | Jaká je četnost aplikace a spotřeba injekčního náčiní u jednotlivých typů uživatelů? | 55 |
| 8.6.1 | Typický uživatelský týden | 56 |
| 8.7 | Jak často dochází v rámci aplikace ke sdílení injekční stříkačky s jinou osobou?..... | 60 |

| | | |
|--------|---|----|
| 8.8 | Jak často dochází k opakované aplikaci vlastní již nesterilní injekční stříkačkou? | 62 |
| 8.9 | Jak často dochází k tomu, že uživatelé spotřebují pro jednu aplikaci více kusů injekčních stříkaček (setů)? | 64 |
| 8.10 | Jaký je podíl distribuce injekčního materiálu (nizkoprahovými programy) na spotřebě injekčních uživatelů? | 66 |
| 8.10.1 | Spotřeba pouze podle primární drogy | 66 |
| 8.10.2 | Spotřeba pouze podle frekvence návštěv | 66 |
| 8.10.3 | Spotřeba podle typu drogy a frekvence návštěv | 67 |
| 8.10.4 | Spotřeba podle zařízení a frekvence návštěv | 68 |
| 8.10.5 | Týdenní a roční spotřeba dle více proměnných - souhrn | 69 |
| 8.10.6 | Jaký je podíl distribuce injekčního materiálu (nizkoprahovými programy) na spotřebě injekčních uživatelů? - odpověď | 70 |
| 9 | DISKUZE | 71 |
| 9.1 | Sběr dat | 71 |
| 9.2 | Sociodemografické údaje respondentů | 72 |
| 9.3 | Výzkumné otázky | 72 |
| 10 | ZÁVĚR | 75 |
| 11 | POUŽITÉ ZDROJE | 76 |
| 12 | PŘÍLOHY | 81 |
| 12.1 | Seznam tabulek | 81 |
| 12.2 | Seznam grafů | 82 |
| 12.3 | Dotazník pro klienty TP a KC | 83 |

ÚVOD

Injekční užívání je mezi českými a především pražskými problémovými uživateli návykových látek nejpreferovanějším způsobem aplikace drog. V roce 2014 bylo v Praze zaznamenáno odhadem 15 700 problémových uživatelů drog (7 500 uživatelů pervitinu, 2 500 uživatelů heroinu a 5 700 uživatelů buprenorfinu), přičemž Výroční zpráva 2014 uvádí, že všech 15 700 osob aplikuje drogy injekčním způsobem. Výroční zpráva dále uvádí, že v Praze bylo v roce 2014 distribuováno 2,6 milionů injekčních stříkaček. (Mravčík et al., 2015).

Dle výzkumu realizovaného v na konci roku 2014 spotřebují injekční uživatelé pervitinu, heroinu a Subutexu v Praze přibližně 15,5 milionu stříkaček za rok. To znamená, že pražští uživatelé spotřebují ročně daleko více stříkaček, než pokrývá distribuce uvedená ve statistikách, které každoročně pro zpracování Výroční zprávy poskytují nízkoprahové služby (Švůgerová, 2015). Proto je potřeba zmapovat chování uživatelů v souvislosti s aplikací návykové látky, především jak často dochází ke sdílení stříkaček (jak s cizí osobou, tak ve smyslu použití vlastní stříkačky opakovaně) či kolik stříkaček injekční uživatel spotřebuje k 1 úspěšné aplikaci drogy.

Tato diplomová práce se proto zaměřuje na zjištění uživatelského chování v souvislosti s injekční aplikací drog, na jejichž základě se snaží o co nejpřesnější a nejvěrnější odhad spotřeby injekčního materiálu klienty pražských kontaktních center a terénních programů. Výstupy této diplomové práce mají přinést užitečné informace nejen pro HR programy a jejich pracovníky, tak i pro samotné injekční uživatele drog. Dále mohou posloužit pro zlepšení metodologických nástrojů, které budou využity v budoucnu pro obdobné odhady.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VZORCE UŽÍVÁNÍ DROG

„Výraz „užívání drog“ zahrnuje mnoho různých vzorců užívání, které sahají od jednorázového experimentálního užití po návykové a závislostní užívání. Různé vzorce užívání jsou spojeny s různou úrovní rizika a škod. Celkově budou rizika, kterým bude člověk při užívání drog vystaven, ovlivněna faktory včetně kontextu, v němž jsou drogy užívány, zkonsumované dávky, způsobu aplikace, souběžné konzumace jiných látek, počtu a délky epizod užívání drog a zranitelnosti jednotlivých osob.“ (EMCDDA, 2014, s. 33)

Rozsah drogového problému u konkrétního jedince je určen nejen farmakologickým účinkem drogy (drug) a osobností a postoji uživatele (set), ale také způsoby, jak jsou drogy užívány, kdy, s kým, za jakých okolností a v jakém množství (setting). Dále se podílí i zakotvení uživatele v běžném životě a v nemalé míře i to, jaká je aktuálně dostupnost drog na trhu (Morávek, 2007).

Pokud jsou návykové látky užívány pravidelně a po určitou dobu, vytváří se charakteristický vzorec užívání. Ten je ovlivněn mnoha různými elementy, které mohou v určitých kombinacích vytvářet nebo se podílet na spouštěcích, bažení a užití návykové látky. Mezi tyto elementy patří:

- typ preferované drogy (primární droga),
- frekvence užívání drog neboli intenzita užívání návykové látky,
- způsob aplikace drogy,
- množství užívané drogy,
- fyzické pocity před užitím,
- emocionální pocity před užitím,
- specifická hodina, týden nebo měsíc,
- místa, kde jsou drogy užívány,
- lidé, se kterými jsou drogy užívány,
- způsob obstarání drogy,
- způsob obstarání peněz na drogy (Růžička, Wittmann, Procházka & Gray, 2012).

Pochopení toho, jakou roli hrají jednotlivé oblasti u konkrétního jedince, porozumění jeho individuálnímu vzorci užívání drog, může usnadnit jeho cestu závislostí a dosažení cíle, který si stanovil (ať už jde o omezení užívání či úplnou abstinenci od drogy) (Růžička et al., 2012).

Vzorce užívání drog se mění s časem a tedy délkou drogové kariéry.

1.1 Dělení uživatelů drog - kategorie

V návaznosti na určité specifické vzorce užívání drog (především jak dlouho a jak často je droga užívána) můžeme klasifikovat několik skupin uživatelů návykových látek:

- **Abstinenti** jsou jedinci, kteří se rozhodli (nebo byli vnějšími či vnitřními okolnostmi donuceni) pro úplnou zdrženlivost od užívání kterékoliv omamné či psychoaktivní látky.
- **Experimentátoři** jsou lidé, kteří drogy zkouší - občasně a nepravidelně užívají různé návykové látky. Toto označení se však považuje za poněkud nepřesné, proto spíše hovoříme o jednorázové (nebo maximálně užití 2 až 3 krát v životě) zkušenosti s určitou návykovou látkou.
- Třetí skupinu tvoří **příležitostní** neboli rekreační uživatelé, u kterých se drogy již staly určitou součástí jejich životního stylu, avšak nečiní jim zatím žádné výrazné problémy. Drogy užívají povětšinou o víkendech či při příležitosti nějaké party či jiné (většinou společenské) události.
- Další, čtvrtou, skupinou jsou **pravidelní** uživatelé, kteří již drogy užívají pravidelně (to znamená častěji než jednou týdně) a obvykle se v jejich případě hovoří o tzv. "škodlivém užívání" (Kalina, 2003).
- Pátou skupinu tvoří **problémoví** uživatelé drog (PUD), mezi které řadíme injekční uživatele drog (IUD). PUD je totiž definováno jako dlouhodobé a/nebo injekční užívání heroinu nebo amfetaminů, které často vede k závažným somatickým a/nebo sociálním problémům (Radimecký, 2007a). Tento vzorec užívání je stěžejní pro tuto diplomovou práci, a proto mu je věnována samostatná kapitola. Problémoví uživatelé drog mohou někdy spadat taktéž do poslední skupiny tohoto dělení, která je tvořena osobami, označovanými jako závislí uživatelé drog.
- **Zavislí** uživatelé jsou pouze ti uživatelé návykových látek, kteří splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti, avšak taktéž se mnohdy jedná o injekční uživatele (Kalina, 2003). Drogy závislému jedinci již markantně zasahují do denního režimu, určují jeho životní styl a působí mu poškození na všech úrovních (tělesné, duševní i sociální) (Radimecký, 2007a).

1.2 Způsoby aplikace drog

Možností aplikace návykové látky je několik. Drogu můžeme do těla vpravit například orálně (užití ústy), intravenózně (nitrožilně, injekční aplikace do žíly), subkutánně (injekční vpravení látky do podkoží), intramuskulárně (injekční podání do svalu), inhalací, kouřením nebo absorbováním skrz kůži/sliznici jako jsou sliznice v ústní dutině nebo nosní sliznice (tzv. šňupání, „sniffing“), rektum nebo genitálie. (NMS, 2010a).

Způsob podání je velmi důležitý, jelikož hraje zásadní roli v tom, jak rychle uživatel po aplikaci cítí účinek drogy, jak je požitek intenzivní, tím pádem určuje sílu intoxikace, rizikové chování uživatele (jak k vlastní osobě – riziko předávkování, či k okolí – šíření infekčních chorob) a jeho náchylnost k abusu drogy (NMS, 2010a).

Jak již bylo řečeno, na jednotlivé způsoby aplikace se váží rozdílná rizika, která z daného způsobu užití plynou. Při šňupání (většinou pomocí srolované bankovky či ustříženého brčka) jsou uživatelé ohroženi přenosem infekčních nemocí a dále dochází k poškození nosních sliznic a přepážky. Při kouření drog (nejčastěji z aluminátové folie, na které je nasypaná látka, a která se ze spodu zahřívá a výpary drogy jsou vdechovány trubičkou; nebo inhalací zahřáté drogy v tzv. „skleněnce“) může dojít k poškození plic a roste riziko nádorového onemocnění dýchacích cest. Při perorálním užití (k takovéto aplikaci se v poslední době více a více využívá rozpustných želatinových kapslí) dochází k porušení trávicího traktu. Největší rizika však hrozí při injekční aplikaci, kdy dochází k narušení celistvosti kůže či sliznice a také mnohdy k vpravení nežádoucích příměsí a mikroorganismů do krevního řečiště, eventuálně (a méně často) do svalové tkáně či podkoží. Nejrizikovější vůbec je tedy intravenózní aplikace, při které hrozí především přenos infekčních chorob a vznik abscesů. (Minařík & Řehák, 2015).

1.3 Problémové užívání drog

EMCDDA definuje problémové užívání drog (PUD; Problem drug use, PDU) jako *„injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového typu a/nebo amfetaminového typu a/nebo kokainu“* (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009a). Tato tradiční evropská definice však byla od roku 2011 postupně revidována a nyní se lze spíše setkat s označením tzv. vysoce rizikové užívání drog (high-risk drug use, HRDU), které je popisováno jako opakované užívání drog s negativními důsledky zahrnujícími závislost, ale i ostatní zdravotní, psychické a sociální problémy, nebo představuje vysokou pravděpodobnost těchto důsledků (Mravčík et al., 2015). Operační definice pak upřesňuje, že se jedná o injekční užívání nebo užívání látek s vysokou frekvencí – u THC denně či téměř denně a u ostatních drog alespoň jednou týdně (Thanki a Vicente, 2013).

1.3.1 Odhady prevalence problémového užívání

V České republice se však nadále využívá původní definice, do které není navíc zahrnováno ani užívání kokainu. Do národního odhadu počtu problémových uživatelů drog (PUD) jsou proto zahrnováni uživatelé opioidů a uživatelé pervitinu (PUOP). U uživatelů opioidů je jejich počet ještě členěn na uživatele heroinu a uživatele buprenorfinu (účinné látky obsažené ve dvou nejvíce zneužívaných lécích Subutex a Suboxone). Odhad PUD je prováděn každoročně za pomoci multiplikační metody. Tato sofistikovaná statistická metoda extrapoluje počet PUD, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy za pomoci podílu (multiplikátoru), jakým je v těchto zařízeních zachycena celá populace PUD (tudíž i tzv. skrytá populace UD) (Mravčík et al., 2015).

Odhad počtu PUD v České republice činil pro rok 2014 přibližně 47 700 osob, z nichž 45 600 osob užívá drogy nitrožilně (injekční uživatelé drog, IUD). Nejvíce zneužívanou drogou je pervitin, který užívá 36 400 osob. Uživatelů opiátů je odhadováno celkem 11 300, z čehož 7 200 osob užívá buprenorfin a 4 100 osob pak heroin (Mravčík et al., 2015).

1.3.2 Situace v Praze

Hlavní město je oproti celorepublikovým průměrům poměrně atypické, jak z hlediska poměru IUD na všech PUD, tak co se týče zneužívaných drog.

Výroční zpráva (VZ) o stavu ve věcech drog za rok 2014 uvádí, že Praze bylo v tomto roce odhadem 15 700 PUD a všech 15 700 osob užívalo drogy intravenózně. Všichni pražští PUD tedy užívají drogy nitrožilně (Mravčík et al., 2015).

Praha je taktéž atypická tím, že zde na rozdíl od zbylých krajů ČR převažuje užívání opiátů nad pervitinem, který je nazýván jako tradiční česká droga. Odhadovaný počet osob užívající opiáty je zde celkově 8 200 (2 500 uživatelů heroinu a 5 700 uživatelů buprenorfinu). Počet uživatelů pervitinu je přibližně 7 500 (Mravčík et al., 2015).

2 INJEKČNÍ UŽÍVÁNÍ DROG

Pojem injekční užívání drog (IUD) je definováno jako nelékařská injekční aplikace omamných či psychotropních látek (NMS, 2004). IUD může nahrazovat pojem nitrožilní (intravenózní, i.v. aplikace), jelikož pomocí injekcí lze drogu do těla aplikovat i intramuskulárně či subkutánně (viz. kapitola Způsoby aplikace drog) (Kalina, 2001). Jinými slovy, mezi injekční užívání drog řadíme jak nitrožilní aplikaci, tak injekční aplikaci do svalu či podkoží.

K injekční aplikaci drogy jako takové je zapotřebí tyto základní propriety: injekční stříkačka, voda (nejlépe injekční), „rozdělačka“ (lžička nebo jiná "nádobka" použitá k přípravě roztoku, rozmíchání drogy před injekční aplikací, HR programy poskytují sterilní rozdělačky), filtr (ne všichni IUD ho používají).

Injekční aplikace úzce souvisí s dalším pojmem tzv. problémovým užíváním drog (PUD). V České republice užívá injekčně drogy většina PUD. V roce 2014 bylo pro ČR odhadnuto přibližně 47 700 PUD, z nichž 45 600 osob užívá drogy nitrožilně (injekční uživatelé drog, IUD).

2.1 Vzorce injekčního užívání drog

Vzorce injekčního užívání drog ovlivňuje mnoho specifických faktorů. Mnohdy jsou založeny na místní tradici a subkulturních zvyklostech. Dalšími důležitými faktory, jež se podílí na vzorci injekčního užívání, je aktuální čistota, cena a dostupnost zneužívané drogy (NMS, 2004).

Charakteristické pro tento způsob užívání je taktéž vysoký výskyt rizikových situací při aplikaci drogy. Za zmínku stojí například nedostatek sterilního injekčního materiálu, nevhodné hygienické podmínky a v neposlední řadě represivní přístup policie, který vede uživatele k injekční aplikaci ve spěchu a potají (NMS, 2004).

U začínajících či příležitostních IUD nastává vysoké riziko použití cizí injekční stříkačky (jelikož u sebe běžně nenosí stříkačky své, či nepočítají s tím, že si zrovna aplikují drogu intravenózně) a zvýšené riziko předávkování. (NMS, 2004).

Pravidelní IUD jsou ohroženi poškozením cévního systému. Dochází k poškození snadno přístupných žil (na pažích) a k přechodu k aplikaci do jiných, méně bezpečnějších míst (podpaží, třísla, apod.)

Injekční užívání drog bývá většinou společností odsuzováno, a proto jsou injekční uživatelé drog mnohdy vytlačováni na okraj společnosti. IUD bývá tedy v největší koncentraci v sociálně vyloučených komunitách a u jedinců, kteří mají problémy v oblasti fyzického či duševního zdraví, chování, či jsou méně společensky přizpůsobiví. Přičemž k sociální exkluzi může vést užívání drog, a naopak také užívání drog může vést k vyloučení ze společnosti.

Příčiny injekční aplikace jsou u každého individuální a nejsou vždy zcela objasněny. Může se však podílet několik základních faktorů:

- **Ekonomické důvody a čistota drog:** injekční aplikace je finančně nejvýhodnější způsob aplikace drogy (uvádí se až čtyřnásobně nižší náklady než při jiných způsobech užívání). IUD většinou potřebují svou drogu užívat i několikrát za den, tudíž je pro ně jiná cesta aplikace, nejen z ekonomického důvodu, ale i např. kvůli závislosti na jehle, nepřípustná (Jirešová, Javorková, 2003). Čistota drog pak může uživatele vést k přechodu k levnějším, avšak více nebezpečným látkám (v současné době nejčastěji na nové syntetické drogy, například u uživatelů pervitinu hrozí riziko přechodu na funky). Nabídka a dostupnost drog může ovlivnit vzorce injekčního užívání drog těžko odhadnutelným způsobem (NMS, 2004).
- **Sociální důvody:** způsob aplikace látky může být pro daného jedince určitým rituálem, který je svým způsobem jemu vlastní. Tento aspekt mnohdy utváří referenční skupina, ke které cítí sounáležitost (Jirešová, Javorková, 2003). Vzorce injekčního užívání drog jsou mnohdy založeny na místní tradici a subkulturních zvyklostech. Proto může k značným rozdílům docházet i v rámci jednoho města (například odlišnost uživatelů pohybujících se v různých částech Prahy) (NMS, 2004).
- **Osobní důvody:** pocitová úroveň je u injekční aplikace mnohanásobně intenzivnější, než při jiných cestách vpravení drogy do těla (tzv. nájezd). Účinek užití látky se dostavuje v řádu několika vteřin a je pocíťován velmi silně. (Jirešová, Javorková, 2003). Mnoho IUD si proto látku vpichuje z důvodu nájezdu spíše než z dlouhodobějšího hlediska působení substance v těle.

2.1.1 Kategorie injekčních uživatelů

Injekční užívání jako takové, může pro některé uživatele drog představovat rozlišnou míru potěšení. Podle hlediska, jak se konkrétní uživatel staví k samotné jehle, lze IUD dělit do několika kategorií:

- **Injekční uživatelé bez fixace na jehlu:** IUD, pro které je injekční aplikace součástí užívání drog a cíl nitrožilního užití drogy není spatřován v jiných důvodech, než v tom, že je tento způsob podání drogy nejefektivnější.
- **Injekční uživatelé, pro které je rauš nejdůležitější zisk z injekční aplikace:** tyto jedinci se snaží prostřednictvím injekční aplikace dosáhnout stejných pocitů z užití návykové látky, jako měli na počátku své drogové kariéry. Efekt drog totiž ztrácí s postupující délkou užívání na síle, avšak víra této skupiny uživatelů v opětovné dosažení rauše přetrvává. Tato skupina IUD je spojována s pojmem rituální aplikace drogy, kdy proces obstarávání drogy, příprava a následná aplikace přichází vždy v přesných, stále se opakujících, pravidelných krocích, což vede k ukotvení tohoto rituálu, který je neodmyslitelně spojen s injekční stříkačkou a jehlou.

- **Závislí na jehle:** tato skupina uživatelů může být tímto termínem skutečně nazvána, jelikož je charakteristická tím, že z injekční aplikace získává sekundární zisky, tedy nejen primární rychlý a požadovaný účinek drogy. Těmito sekundárními zisky jsou sexuální uspokojení, bolest a potěšení ze získaných dovedností souvisejících s injekční aplikací (Pešek, 2013).

2.1.2 Závislost na jehle

Tento termín zastřešuje souhrnný název pro typ chování injekčních uživatelů, kterému samotní uživatelé přisuzují určitý význam. Uživatelé závislí na jehle proto obvykle kladou větší důraz na samotnou formu a průběh injekční aplikace, nežli na účinek vpravované drogy. „Pro tyto uživatele drog je typických několik způsobů chování:

- *injekční aplikace jiných látek než drog (např. substitučních preparátů, injekční vody, alkoholu atd.),*
- *úpornost, se kterou uživatel hledá vhodnou žílu pro aplikaci, navzdory alternativním možnostem aplikace,*
- *dělení drogy na malá množství pro častější injekční aplikaci, ale s menšími efektivními účinky,*
- *opakovaná nebo protrahovaná aspirace.“ (Pešek, 2013, s. 2).*

Závislost na jehle může být jeden z velmi důležitých faktorů, proč se injekční uživatelé drog vyhýbají přechodu na méně rizikové způsoby aplikací (Pešek, 2013). Proto pokud chce závislý na drogách opiátového typu, který je současně závislý na jehle („needle flaks“, „the feel for the steel“, ...), přestat s užíváním drog, je na místě dobře zvážit, zdali je pro takového jedince substituční léčba tou nejvhodnější možností, jak s drogami skoncovat. Pokud je totiž člověk závislý na jehle, s velkou pravděpodobností bude předepsaný substituční preparát užívat intravenózně, čímž se sice sníží ekonomické důsledky jeho užívání drog, ale po stránce zdravotní zůstane stejně ohrožen krví přenosnými chorobami a jinými komplikacemi spojenými s IUD jako předtím (Pešek, 2013).

3 RIZIKA INJEKČNÍ APLIKACE

Rizika injekčního užívání jsou mnohočetná. Občasní či začínající injekční uživatelé jsou vystaveni vysokému riziku, že použijí cizí stříkačku (příčemž se hned při první aplikaci mohou nakazit virovými infekcemi), nebo se předávkují. Nebezpečí bakteriálních infekcí a dalších zdravotních komplikací je kumulativní a zvyšuje se počtem aplikací a délkou injekčního užívání (NMS, 2004).

3.1 Somatické komplikace a komorbidita

Somatická poškození způsobená drogami jsou často vázána na injekční aplikaci, která je pro české problémové uživatele drog velmi charakteristická (Mravčík, Chomynová, Grohmanová a kol., 2013).

Somatická onemocnění, která doprovázejí injekční způsob aplikace drogy, jsou mnohdy daleko závažnější než závislost samotná. Mohou být totiž nevyléčitelné (HIV), či pro klienty je jejich léčba až moc náročná (VHC). Některá poškození mohou být nevratná (odstranění oka při kandidové endoftalmitidě), či dokonce letální (bakteriální endokarditida). Obecně však platí, že závislost jako nemoc prognózu ještě zhoršuje.

Somatická onemocnění mohou mít různou etiologii (původ). K poškození cévního systému u IUD dochází většinou *fyzikálně-chemickými vlivy, infekce* se uplatňují při přenosu mnoha různých onemocnění (především v důsledku sdílení injekčního náčiní či při nesterilní aplikaci (bakteriální), *specifické vlastnosti látky a způsob užívání* drog je také velice důležitý (užívání buprenorfinu má imunoprotektivní efekt), a v neposlední řadě se na vzniku komorbidit podílí také *životní styl* (podvýživa, nízký hygienický standard, stres, dostupnost návykové látky). Dostupnost látky může mít vliv na přechod k injekční aplikaci, jelikož se závislí snaží z účinku drogy vytěžit co nejvíce. U závislých, kteří jsou již „na jehle“ může malá dostupnost látky vést ještě k rizikovějšímu způsobu i.v. aplikace (sdílení, výplachy použitých filtrů, apod.) (Minařík & Řehák, 2015).

3.1.1 Kategorie uživatelů drog dle somatického poškození

Uživatelé ilegálních drog lze na základě očekávaných somatických komplikací rozdělit do 3 skupin:

- **Experimentátoři a neinjekční uživatelé s kratší drogovou kariérou:** U této skupiny uživatelů drog se somatická komorbidita vyskytuje zřídka. Nejčastěji se jedná o komplikace akutního rázu, buď spojené specificky s účinkem dané návykové látky, anebo s nevhodným způsobem užití drogy.
- **Injekční uživatelé drog dosud bez vážných zdravotních obtíží:** Jedná se většinou o UD s kratší dobou injekčního užívání, avšak oproti předešlé skupině uživatelů mají větší pravděpodobnost nakažení celkovým infekčním onemocněním a lokálních komplikací souvisejících s injekčním užíváním.

- **Dlouhodobí injekční uživatelé se závažným zdravotním poškozením:** Jedná se obvykle o jedince s několikaletou anamnézou injekčního užívání drog, a z toho vyplývající mnohočetná somatická komorbidita. Je u nich mnohdy přítomno nevratné poškození organismu způsobené opakujícími se místními i celkovými infekcemi, poškození vnitřních orgánů, malnutrice a především zjevné poškození dostupného cévního systému. Častý je též výskyt VHC již v chronickém stadiu.

Pro druhou a třetí skupinu uživatelů jsou vhodnými intervencemi strategie harm reduction (HR). Jejich somatické onemocnění pro ně může být motivujícím prvkem k nástupu do léčby či do substitučního programu. (Minařík & Řehák, 2015).

3.1.2 Dělení somatických komorbidit dle původu:

- *Fyzikálně – chemické vlivy:* opakované použití stříkačky (ztupí se jehla a uživatelé jehly někdy dokonce samy brousí).
- *Infekce* se uplatňují při přenosu mnoha různých onemocnění:
 - *virový původ:* především v důsledku sdílení injekčního náčiní (hepatitidy, HIV),
 - *bakteriální původ:* při nesterilní aplikaci. Bakteriální infekce (lokální + invazivní) způsobuje nejčastěji *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes* (Minařík & Hobstová, 2003a).

3.2 Sdílení injekčního materiálu

Sdílení injekčního náčiní je jedním z nejčastějších způsobů přenosu infekčních onemocnění (především VHC). Zdrojem nákazy může být jak samotná jehla a injekční stříkačka, tak ostatní propriety potřebné k injekční aplikaci, pokud je užívá více osob (především injekční voda, vatové filtry, nádoby k rozdělávání drogy, avšak zdrojem infekce mohou být i okyselovače, či dezinfekční tampony). Všechny výše zmíněné materiály sloužící k přípravě či aplikaci drogy by vždy měly být použity pouze jedenkrát a jedinou osobou. K naze infekcí totiž může dojít i sdílením vlastního injekčního náčiní, především opakovanou aplikací vlastní již použitou injekční stříkačkou (hlavně v případě jejího uložení ve znečištěném prostředí, či při užití po delší době od jejího předchozího použití). Sdílení vlastní stříkačky jako riziko infekce je mezi IUD poměrně málo známé a uvědomované (NMS, 2012).

Mnoho IUD sdílí materiál i přes to, že si uvědomují rizika zdravotních komplikací, která plynou z tohoto chování, avšak je jim to jedno, či se domnívají, že zrovna jim se nic nestane. Jiní při sdílení volí určité zaručené postupy jak se nenakazit, o kterých se (často mylně) domnívají, že jsou bezpečné (tzv. magické chování) či věří různým mýtům, jak bezpečně sdílet. Mnohdy však ke sdílení injekčního náčiní dochází i svým způsobem nechtěně – například v rámci rituálů v určité skupině, kdy uživatel podléhá skupinovým normám a bojí se, že by byl ze skupiny vyčleněn. Další typickou situací, kdy dochází ke sdílení je nedostatek injekčního materiálu (zde hraje roli i faktor závislosti na jehle) a

uživatel je „nucen“ aplikovat drogu nesterilní stříkačkou (Radimecký, Janíková & Zábranský, 2009).

Z výzkumu Imp.Ac.T mezi problémovými uživateli drog vyplynulo, že z 869 testovaných osob sdílelo v posledních 4 týdnech injekční stříkačku 31,4 % PUD. Jako hlavní důvod uvádějí sdílení s partnerem (Vejrych, Minařík, 2012).

V roce 2010 byl proveden výzkum mezi klienty TP Sananim, kdy většina respondentů (71 %) odpověděla, že jehlu nikdy s nikým nesdílí. Stejný počet respondentů taktéž uvedl, že si nikdy neinjikuje opakovaně svojí jehlou (Herzog, n.d.).

Pražští PUD navštěvující KC v roce 2013 přiznávají, že použitou jehlou či stříkačkou někdy v životě užilo drogu necelých 50 % z 237 dotázaných IUD. V posledním měsíci pak přiznalo sdílení 15,4 % dotazovaných z 227 osob, které uvedly injekční užití drog (Mravčík et al., 2014).

Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu, kteří uvedli sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti, dlouhodobě klesá. Ze 7 213 žadatelů o léčbu uvedlo 2 544 osob (35,3 %), že někdy v minulosti sdíleli jehlu (Füleová, Zónová & Petrášová, 2015).

3.3 Bakteriální infekce

3.3.1 Lokální komplikace

Lokální komplikace injekčního užívání drog jsou poměrně častým problémem, který však poškozený jen málokdy řeší s pomocí zdravotnického pracovníka (když už, tak většinou vyhledají pracovníky HR programů, kteří dále rozhodnou, zdali není ránu nutné ošetřit v nemocnici). Jedná se především o záněty v místech vpichů. Nejčastěji jsou způsobeny bakteriemi či jinými drobnými mikroorganismy, běžně se vyskytujícími na kůži člověka, které si však uživatel může při aplikaci zanést do měkkých tkání (nejčastěji kůže, podkoží a periferních žil) ve větším množství, tedy již v infekční dávce. (Problémoví uživatelé drog jsou ohroženi více než kdo jiný, jelikož ve spojitosti s jejich životním stylem, při kterém nejsou mnohdy schopni dodržovat dostatečnou osobní hygienu, u nich dochází ke zvýšené kolonizaci kůže bakteriemi.) Vznikají tak *povrchové* (povrchové záněty žil, kožní ulcerace či impetigo) nebo *hluboké* (absces, flegmona) hnisavé komplikace. Tyto záněty jsou obvykle provázeny klasickými příznaky jako je zarudnutí, otok, bolest, u rozsáhlejších či déletrvajících poškození se může vyskytnout horečka a schvácenost (Minařík & Hobstová, 2003a)

Absces

Je ohraničené zánětlivé ložisko, které vzniká zkapalněním poškozené tkáně. Je vyplněn hnisem, což při provalení abscesu na povrch tvoří viditelné zarudlé „vyboulení kůže“, které na pohmat cítíme jako tekutinou vyplněný útvar. Menší abscesy se zpravidla samy vstřebají, větší mohou prasknout, hnis vyteče a rána se zhojí jizvou. Někdy je potřeba

chirurgického zákroku, a to především u větších abscesů, a také těch lokalizovaných na krku, v tříselech a na obličeji (Minařík & Řehák, 2015).

Flegmona

Je naopak neohraničené zánětlivé onemocnění kůže, které se šíří do okolních tkání. Proto je mnohem nebezpečnější než absces, celkové příznaky již bývají zpravidla rozvinuty a mnohdy tato komplikace ohrožuje postiženého na životě, proto je nutné vyhledat lékařskou pomoc. Někdy se bohužel pro záchranu života nemocného musí přistoupit k amputaci zasažené končetiny. Flegmona se na povrchu kůže projevuje jako jazykovitě se šířící bolestivé zarudnutí (Minařík & Řehák, 2015).

Impetigo

Je, na rozdíl od předchozích, povrchové onemocnění kůže, které se projevuje hnisavou sekrecí s tvorbou zarudlých, žlutavých krust (Minařík & Řehák, 2015).

Dle zahraničního výzkumu (Hope, 2010) je prevalence abscesů a jiných povrchových zánětů u IUD nejčastěji v rozpětí 6% až 36%.

Lokální komplikace často vznikají při aplikaci již nesterilní stříkačkou, při aplikaci tupou jehlou, či pokud máme znečištěnou drogu. Bakteriemi může být infikována i droga. Jedná se například o situace, kdy si uživatelé předem připraví injekční roztok do stříkačky a pak ho několik hodin či dokonce dnů skladují. Typické je to především v opiové sezóně.

Velké riziko je i u tablet buprenorfinu, obzvláště těch, které jsou obstarávány na černém trhu. Ty uživatelé skladují často v nevhodných podmínkách a také než je takováto tableta vůbec rozpuštěna a injikována, projde rukama několika osob (dochází k jejímu pülání, osahávání a nevhodné manipulaci při prodeji, apod.) (Minařík, 2011).

Lehčí povrchové záněty žil a méně rozsáhlé abscesy či flegmony lze obvykle vyřešit za pomoci pracovníků HR služeb, kteří klientům poskytují masti (například Heparoid, Betadine) a jsou schopni základního ošetření zasažených míst. Pokud je však postižení závažné, je klientovi doporučeno navštívit nemocnici (klienti jsou odkazováni hlavně do Infekčního centra pro drogově závislé v Motole), kde je nutno hnisavé ložisko chirurgicky vyčistit a podat antibiotika. Zanedbání lokálních infekcí může vést k rozvoji závažného invazivního onemocnění (Minařík & Hobstová, 2003a).

3.3.2 Invazivní infekce

Bakteriální endokarditida

Infekční endokarditida je velmi závažná somatická komplikace spojená s IUD. Bakteriální endokarditida může být prakticky způsobena jakoukoliv bakterií, která invaduje do krevního řečiště.

Nejčastěji je způsobena zlatým stafylokokem, avšak na jejím vzniku se podílí více faktorů. Jedním z nich jsou i pevné částičky v aplikovaném roztoku, které uživatel při přípravě

injekčního roztoku nevyfiltroval (toto bývá časté především při intravenózní aplikaci Subutexu, jelikož se jeho tableta převážně skládá z látek ve vodě a krvi nerozpustných jako jsou kukuřičný škrob, magnesium–stearát, monohydrát laktosy a další). Tyto látky pak mechanicky poškozují chlopně (nejčastěji chlopeň trojcípou). Na poškozeném místě pak vzniká trombus, který je kolonizován bakteriemi. Endokarditidu provází septický stav a musí být vždy odborně léčena. Pokud je přítomno poškození chlopně, řeší se tento stav operativně a je implantována chlopenní náhrada či provedena plastika. I přesto má toto onemocnění špatnou prognózu ještě umocněnou tím, že závislý jedinec není schopen přestat s injekčním užíváním drog. Pokud dotyčný i nadále pokračuje s injekční aplikací, je jen otázkou času, kdy se mu endokarditida vrátí (infikována totiž může být i umělá chlopeň) (Minařík & Řehák, 2015).

3.4 Orgánová a systémová poškození

Kardiovaskulární systém

Při injekčním užívání drog dochází k poškození cévního systému. Mezi fyzikálně-chemické faktory, proč k tomu dochází, patří nejen vysoká frekvence injekčních aplikací, ale i fakt, že injikované roztoky nebývají sterilní, nemají správný osmotický tlak ani pH reakci. Z uvedených důvodů pak dochází ke vzniku tromboflebitid, které v pokročilých fázích vedou k rozvoji bérceových vředů. Při opakujících se zánětech žil totiž dochází k ztlustění cévní stěny, čímž se céva zužuje a protéká jí méně krve. Pokud je končetina dlouhodobě nedostatečně cévně zásobená, vede i malý defekt k rozvoji chronické rány, se ztrátou kožního krytu, která se velmi špatně hojí (Minařík & Řehák, 2015).

Uživatelé s delší drogovou kariérou mají většinou již velmi zničený cévní systém, tudíž i omezený počet míst, do kterých jim jde droga úspěšně aplikovat. Proto jsou nuceni aplikovat do velkých cév, které jsou uloženy hlouběji pod kůží. Zde hrozí velké riziko zánětu hlubokých žil a jiných komplikací.

Injekční aplikace do třísel je velice nebezpečná, jelikož žíla, do které si IUD drogu aplikují, těsně sousedí s tepnou. Pokud dojde k napíchnutí/zasažení tepny, hrozí její ruptura a tepenné krvácení, které v nejhorším případě vede ke smrti vykrvácením.

Dýchací systém

Vedle komplikací, které přímo nesouvisí s injekční aplikací (například časté zápaly plic u uživatelů opiátů vlivem hypoventilace), je možnou komplikací u uživatelů drog především opiátového typu aspirační pneumonie či akutní plicní otok, resp. syndrom heroinové plíce. Tyto dvě komplikace se vyskytují především při předávkování látkami s tlumivým účinkem. Při i.v. aplikaci závislý mnohdy neví, jak silnou dávku si zrovna vstříkne do žíly a riziko předávkování prakticky hrozí při každé dávce. Somatická poškození mnohdy způsobují pevné částičky v nesprávně přefiltrovaném roztoku určeném k aplikaci. Pokud jsou cizorodé částičky zaneseny krevní cestou do kapilár, způsobují embolizaci. Dále tyto nechtěné příměsi v injekčním roztoku vyvolávají zánětlivé reakce – pneumonitidy.

3.5 Krví přenosné infekční choroby (virového původu)

Jednou z nejzávažnějších komplikací při injekčním užívání drog je bezesporu nákaza infekčním onemocněním, které se přenáší krevní cestou. Mezi IUD je poměrně vysoká promořenost virem hepatitidy typu C (VHC) a také hepatitidy typu B (VHB). HIV nakažení mezi uživateli drog se dodnes v ČR naštěstí nevyskytují ve zvýšené míře, avšak každým rokem jich přibývá. Příznivý není fakt, že UD jsou si mnohdy vědomi, že mezi IUD je výskyt HIV na poměrně nízké úrovni (avšak zde bych upozornila, že se jedná pouze o zjištěné případy), tudíž mají mnohdy pocit, že se jich tento problém netýká (Minařík & Řehák, 2015).

Z hlediska výskytu je v současné době pro ČR nejvýznamnější infekce VHC, v menší míře se pak mezi problémovými uživateli vyskytuje VHB a vzácně i VHD.

Nejčastějším důvodem, proč dochází k nakažení krví přenosnou infekcí je sdílení injekčního náčiní, především pak jehel a stříkaček. Sdílení se věnuje samostatná kapitola této práce.

3.5.1 HIV

Virus HIV, způsobuje v konečných stádiích onemocnění AIDS (syndrom získaného selhání imunity). HIV se mezi uživateli drog nejčastěji přenáší krevní cestou, to znamená vlivem sdílení stříkaček, či jiných propriet potřebných k intravenózní aplikaci. Méně pak je mezi uživateli roznášen sexuální cestou, či vertikálně (z matky na dítě) (Minařík & Řehák, 2015).

Virus HIV byl poprvé identifikován v roce 1983. Do té doby se mezi zahraničními uživateli drog stihl poměrně hojně rozšířit, jelikož v té době nefungovaly HR programy a uživatelé neměli dostatek informací, jak obecných o viru HIV, tak o tom, jak se mohou nakazit. V roce 1985 pak proběhlo rozsáhlé testování IUD v mnoha evropských zemích a vyšla alarmující číslo ukazující na vysokou promořenost HIV u IUD. Například v Miláně vyšlo 60 %, v Paříži 64 %, v Ženevě 52 % a v Edinburghu 51 % nakažených virem HIV mezi IUD. To vedlo, k tomu, že vznikaly první programy HR po celé Evropě. Jako první země, kde byly uživatelům bezplatně poskytovány sterilní injekční stříkačky, bylo Nizozemí a to již v roce 1984 (EMCDDA, 2010).

Virus HIV patří mezi retroviry a napadá především buňky imunitního systému nakaženého, a tak způsobuje postupnou ztrátu imunity. V pokročilém stadiu již hovoříme o onemocnění nemoci zvané AIDS. Virus HIV je naštěstí poměrně citlivý na vnější podmínky a hyne již při teplotě nad 60 stupňů Celsia, při zaschnutí, a také ho zničí běžné dezinfekční prostředky (Minařík & Hobstová, 2003b). Relativně velká citlivost na zevní podmínky je z adiktologického hlediska stěžejní, jelikož díky tomuto faktu se při omezení šíření viru prokázaly výměnné programy jako účinné (Minařík & Řehák, 2015). Jeho nebezpečí u IUD však spočívá v tom, že poměrně dobře přežívá v kapalinách (tudíž např. kapce krve či zbytku drogy ve stříkačce, v lahvičkách s injekční vodou apod.

Zrádné je také to, že nakažený virem HIV o své pozitivitě nemusí i několik let vůbec vědět a pociťovat nějaké příznaky. Po nakažení se virem HIV je člověk již nebezpečný pro své okolí (je nositelem viru), ale může u něj probíhat bezpříznaková fáze onemocnění, která mnohdy trvá i 10 let. Infikovaný jedinec je pro okolí nakažlivý ihned po té, co se virus HIV dostane do jeho těla a jeho nakažlivost trvá až do konce jeho života. Nezáleží tedy na tom, zdali již probíhá akutní fáze onemocnění, či zdali se jedinec léčí (Minařík & Řehák, 2015).

Onemocnění podléhá povinnému hlášení, proto máme k dispozici poměrně přesné statistiky. Problém je však v tom, že poměrně málo lidí je ochotno si nechat HIV testy udělat, proto jsou reálná čísla vyšší.

Údaje ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v roce 2014 hovoří o 9 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osobách, u kterých došlo k nákaze tímto virem pravděpodobně v důsledku jejich injekčního užívání drog. Dále 12 osob nově nakažených HIV+ mělo v anamnéze injekční užívání drog (Státní zdravotní ústav Praha, 2015). Promořenost IUD v ČR naštěstí zůstává v posledních letech na nízké úrovni (do 1 %). Celkem tedy bylo v roce 2014 v ČR evidováno 95 osob, IUD, nakažených virem HIV (Mravčík et al., 2015).

„Z případů HIV hlášených v Evropě, kde je znám způsob přenosu, zůstává procento připisované injekčnímu užívání drog nízké a stabilní (méně než 8 % v posledních deseti letech). Vyšší míry však byly hlášeny v Litvě (32 %), Lotyšsku (31 %), Estonsku (28 %) a Rumunsku (25 %).

Nejnovější údaje ukazují, že dlouhodobý pokles počtu nově diagnostikovaných nálezů virem HIV mezi injekčními uživateli v Evropské unii pokračuje. V roce 2014 průměrná míra hlášených nových případů infekcí HIV připisovaná injekčnímu užívání drog činila 2,4 případu na milion osob, což je méně než polovina oproti roku 2005 (5,6 na milion) (...)

V Evropské unii bylo v roce 2014 hlášeno 1 236 nově diagnostikovaných případů infekce HIV spojené s injekčním užíváním drog, což je nejméně za více než deset let. V roce 2015 byla nicméně zaznamenána lokalizovaná ohniska nových případů infekce HIV mezi lidmi, kteří užívají drogy injekčně, a to v Irsku, Spojeném království (Skotsku) a Lucembursku. Změny vzorců užívání drog, zejména nárůst injekčního užívání stimulantů, a vysoké míry marginalizace představovaly společné faktory u řady těchto nedávných ohnisek nákazy virem HIV.“ (EMCDDA, 2016, s. 60).

3.5.2 Virové hepatitidy

VHB

Mezi cesty přenosu VHB patří cesta sexuální, krevní a vertikální. U problémových uživatelů drog je logicky nejčastěji přenášena krevní cestou. Obecně však za posledních 10 let nakažených žloutenkou typu B v ČR ubývalo. V roce 2012 bylo na našem území hlášeno pouhých 152 případy akutní VHB infekce. V roce 2013 pak bylo v ČR celkem 133

osob VHB+, z čehož bylo 38 IUD (Mravčík et al., 2014). Rok 2014 pak přinesl opět pokles případů, celkem bylo hlášeno 105 nové nakažených osob akutní. V minulých letech navíc proběhlo bezplatné očkování IUD (klientů do věku 25 let většinou) proti VHA a VHB, tudíž promořenost tímto virem má klesající tendenci. Problém zůstává u starší populace IUD, která vakcínu nedostala, 30 až 50 % má sérologicky prokazatelné známky prodělané infekce VHB (Minařík & Řehák, 2015).

Taktéž u VHB je nebezpečné, zejména pokud probíhá bezpříznakově. Nositel viru je hned od svého infikování nakažlivý a může virus šířit do okolí, aniž by si toho byl vědom. Proto i zde je dobré nesdílet injekční náčiní. Onemocnění podléhá povinnému hlášení.

VHC

Tato infekční choroba se přenáší obdobnými způsoby jako VHB, avšak podíl přenosu krevní cestou je znatelně vyšší než prostřednictvím sexuálního kontaktu. Inkubační doba u VHC se pohybuje od 2 do 12 týdnů a je zde značné riziko přechodu do chronicity (uvádí se u 70 až 80% infikovaných osob), jelikož akutní fáze většinou (až v 80% případů) probíhá bezpříznakově. Chronická VHC je pak nebezpečná, jelikož hrozí vznik cirhózy jater a následně jaterní karcinom. Úmrtnost se z tohoto důvodu pohybuje od 1 do 5% případů VHC (Minařík & Hobstová, 2003b).

Mravčík (Mravčík et al., 2015) ve VZ za rok 2014 uvádí v tomto roce míru promořenosti VHC mezi IUD v rozmezí 15 až 50% v závislosti na souboru vyšetřených osob (čísla vychází z informací odlišných zařízení (např. léčba, substituce, HR služby). Nově diagnostikovaných případů VHC mezi IUD bylo v tomto roce 556. Obecně lze hovořit o 30% prevalenci VHC mezi českými injekčními uživateli (Mravčík et al., 2015).

„Virová hepatitida, zvláště infekce způsobená virem hepatitidy typu C (VHC), má mezi injekčními uživateli drog v celé Evropě vysokou prevalenci. To může mít významné dlouhodobé důsledky, jelikož infekce VHC, často zhoršená nadměrnou konzumací alkoholu, má pravděpodobně na svědomí zvyšující se počet případů onemocnění jater, včetně cirhózy a rakoviny jater, mezi stárnoucí populací vysoce rizikových uživatelů drog.

Výskyt protilátek VHC, které značí současnou či prodělanou infekci, v národních vzorcích injekčních uživatelů drog se v letech 2013–2014 pohyboval v rozmezí od 15 do 84 %, přičemž 6 zemí z 13 s národními údaji uvádí míry prevalence přesahující 50 %. Mezi zeměmi s národními údaji o trendech za období 2006–2014 pět zemí zaznamenalo rostoucí trend prevalence protilátek VHC u injekčních uživatelů drog, zatímco Malta a Norsko zaznamenaly pokles.“ (EMCDDA, 2016, s. 61).

4 HARM REDUCTION

4.1 Definice

„Harm reduction kombinuje práci zaměřenou přímo na snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami a virových infekcí přenosných krví s širšími cíli jako je prevence zneužívání drog, podpora stabilizace léčbou a podpora v abstinenci. Poskytování účinné substituční léčby a efektivní podpora při abstinenci představují doplňkové cíle tohoto vyváženého přístupu“ (NTA, 2010, s. 15).

Termín „Harm reduction“ znamená v doslovném překladu „snižování škod, snižování poškození“. U nás se v odborné terminologii používá původní angloamerický termín a zmíněný překlad je využíván spíše k upřesnění vysvětlení tohoto principu (Hrdina, 2003). Jedna z nejužívanějších definic pro HR rozlišuje poškození na různých úrovních – individuální, komunitní a celospolečenské a dále odlišuje mezi těmito typy poškození – zdravotním, sociálním a ekonomickým (Janíková, 2008).

Pojem „harm reduction“ je obvykle používán v mnoha slovních spojeních, jako například HR jako pilíř protidrogové politiky, program výměny jehel jako přímé intervence směrem ke klientovi, zaměřené na bezpečné užívání drog a jiné. Užití termínu HR odkazuje na vztah k přístupu a směřuje na specifickou oblast, většinou úzce spjatou s programy výměny jehel, které bojují proti šíření infekčních onemocnění (Janíková, 2008).

Přístup „harm reduction“ je úzce provázán a vznikl z přístupu „public health“ (ten upřednostňuje ochranu zdraví celé společnosti před individuálními potřebami jedince, v tomto případě uživatele drog). HR je více individuálně zaměřen a vnímá jako problém vztah mezi jedincem a užívanou látkou, přičemž tento vztah se může v čase vyvíjet a měnit (Janíková, 2008).

„Harm reduction“ lze v užším smyslu definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání návykových látek, přičemž je zde zahrnuto celé spektrum strategií počínaje zásadami bezpečného braní konče strategiemi, jež napomáhají k abstinenci. Snahou Harm reduction strategie je pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a orientovat se na okolnosti užívání i na samotné užívání drog (Janíková, 2008).

Přístup harm reduction můžeme popsat v těchto bodech (Janíková podle Hunta):

- vyhýbá se zhoršování poškození způsobeného užíváním drog,
- zachází s uživateli drog s důstojností a jako s lidskými bytostmi,
- maximalizuje možnosti intervence,
- je založen na upřednostňování dosažitelných cílů,
- je neutrální k legalizaci nebo dekriminlizaci,
- je jasně odlišný od války proti drogám (Janíková, 2008).

4.2 Historie

Ve světě se začaly HR programy rozmáhat po tom, co se roku 1985 zavedlo testování na HIV protilátky, které ukázalo, že mezi injekčními uživateli drog je tento virus vysoce rozšířený. Například v některých evropských městech (Edinburg, Ženeva, Milán, Paříž) se pohybovala míra nakaženosti od 50 do 60%, a to z důvodu nízké informovanosti o šíření infekčních chorob a vysoké frekvenci sdílení injekčního materiálu mezi tamními uživateli drog (EMCDDA, 2010). První oficiální výměnný program, Needle and syringe program (NSP), však poskytoval (stejně tak jako další neformální organizace po celém světě) bezplatný sterilní injekční materiál již před rokem 1984 (EMCDDA, 2010).

V České republice vznikaly první HR programy na počátku devadesátých let 20. století.

„Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček). V optimálním případě by měl přesáhnout 100 %, protože se do oběhu dostává i injekční náčiní získané jinde, např. v lékárnách.“ (NMS, 2010b).

4.3 HR programy

Harm reduction je jedním ze čtyř základních pilířů protidrogové politiky většiny evropských zemí. Hlavním cílem je prevence infekčních onemocnění prostřednictvím několika způsobů pomoci uživatelům drog: distribuce sterilního injekčního náčiní, testování a léčba infekčních nemocí, poskytování informací a odborných intervencí atp. (EMCDDA, 2012).

V české republice řadíme mezi služby pracující na principu HR terénní programy (TP) a kontaktní centra (KC), ve kterých byla taktéž sbírána data pro tuto diplomovou práci.

4.3.1 Společné principy TP a KC

- nízkoprahovost – služba by měla být maximálně dostupná v prostoru a čase,
- anonymita – umožňuje snazší navázání kontaktu a vybudování důvěry mezi klientem a pracovníky, chrání před stigmatizací uživatele drog; i po přidělení kódu klienta (který slouží k monitorování klientů využívajících nízkoprahových programů) je uchována klientova anonymita,
- individuální přístup - služby jsou poskytovány na základě individuálních potřeb klientů (každý je vnímán jako jedinečná osobnost, a tak u všech uživatelů NL nelze užívat obecně stejné techniky, intervence či způsoby léčby),
- respektování svobodné vůle - klient má vždy možnost volby, ať už jde o postup či o cíl HR služby (klient má právo rozhodnout se pro abstinenci, nebo pro život s drogou),
- veřejný přístup - všichni klienti HR programů mají přístup k nabízeným službám bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum, národnost, sexuální orientaci, politickou a náboženskou příslušnost, zdravotní stav, předešlou kriminální činnost, společenské postavení, socioekonomické možnosti apod. Služby jsou rovněž, jak již bylo

naznačováno, dostupné bez ohledu na typ užívané návykové látky, historii užívání či formu aplikace drogy,

- bezplatnost - všechny služby, s výjimkou některých forem potravinového servisu či poskytování nadstandardního materiálu (sterifiltry, apod.), jsou bezplatné,
- flexibilita – služby HR se neustále přizpůsobují aktuálním potřebám klientů a drogové scény. Na proměny drogové scény reaguje tak, že pravidelně revidují své postupy práce a pravidla,
- dodržování práv klientů – v těchto nízkoprahových zařízeních se s uživateli drog jedná jako se svéprávními občany a jsou zde dodržována všechna jejich práva. To není pro UD obvyklá zkušenost, proto HR programy umožňují prožít korektivní zkušenost a dále pomáhají svým klientům při prosazování jejich opodstatněných zájmů ve vztahu k majoritní společnosti (Sananim, 2007).

4.3.2 Terénní programy

TP poskytují služby mimo kamenná zařízení, tedy na ulici nebo přímo v místě obydli IUD, tedy v jejich přirozeném prostředí. Klienti se na pracovníky většinou obracují za účelem výměny injekčního materiálu. Avšak spektrum nabízených služeb v rámci TP je mnohem širší.

Nabízené služby terénními programy:

- výměna injekčního materiálu,
- poskytnutí informací,
- sociální a zdravotní poradenství,
- poradenská a krizová intervence,
- asistenční služba (Janíková, 2008).

4.3.3 Kontaktní centra

KC jsou kamenná zařízení, která slouží k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci jedincům, kteří jsou jen slabě motivováni k léčbě a tudíž mnohdy akceptují pouze takové terapeutické a pomocné aktivity, jež jsou založeny na nízkoprahovém principu. Klientelu nízkoprahových kontaktních center tvoří především problémoví a závislí uživatelé tvrdých drog (Libra, 2003).

Nabízené služby v kontaktních centrech:

- kontaktní práce – navázání a prohlubování kontaktu s uživateli drog, minimalizace sociálních a zdravotních rizik souvisejících s užíváním návykových látek,
- poradenství – situační a strukturované,
- výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce HR materiálu
- základní zdravotní péče a první pomoc,
- testování na VHB, VHC, virus HIV, syfilis, TBC – slinné či testy z kapilární krve,
- doplňkové služby: hygienický, potravinový a vitaminový servis (Janíková, 2008).

5 DISTRIBUCE HR MATERIÁLU

5.1 Distribuovaný HR materiál

HR programy v České republice poskytují následující materiál potřebný pro bezpečnější injekční aplikaci drog:

- injekční sety = inzulínové injekční stříkačky („inzulínky“) nebo injekční stříkačky a nasazovací jehly různé délky a šířky („nasazovačky“),
- voda pro injekční použití (aqua pro injectione),
- filtr – malý tampón používaný zubními lékaři,
- dezinfekční polštářky („konzelín“)- alkoholový tampón pro dezinfekci místa vpichu;
- buničinové polštářky – slouží ke stlačení místa po injekční aplikaci pro zastavení krvácení (IUD mnohdy nesprávně používají alkoholový tampón),
- kyselina askorbová – pokud se jedná o IUD heroínu,
- sterilní pánvička („rozdělávačka“, Stericup) – v některých zařízeních zpoplatněna,
- sterilní filtr (Sterifilt) – umělohmotný filtr se speciální membránou, vhodný pro filtrování rozpuštěných tablet Subutexu, taktéž někdy za nákupní cenu.

Všechny výše uvedené propriety mohou být při sdílení zdrojem šíření infekcí.

HR programy poskytují ještě další materiál, který však přímo nesouvisí s aktem injekční aplikace: kontejner (pro sběr použitých injekčních stříkaček, používaný terénními pracovníky nebo malý se dává uživatelům, obvykle žlutý s červeným víčkem a označením biohazard – biologický odpad), alobal, kapsle, kondomy, těhotenské testy, vitamíny, masti (heparoid), gumové rukavice apod.

K injekční aplikaci však v zásadě stačí uživatelům mnohdy nevyhovující a nesterilní materiál: stříkačka, jakákoliv voda a rozdělávačka - lžička nebo jiná "nádobka" potřebná k přípravě, rozmíchání drogy před injekční aplikací (avšak i to se dá vyřešit nasypáním látky přímo do těla stříkačky).

Inzulínové stříkačky s integrovanou jehlou

Jedná se o nejčastěji distribuovaný materiál v rámci výměnných programů, čísla v mé DP se víceméně týkají inzulínek B. Braun, u kterých rozpoznáváme tyto druhy:

- U40 - objem 1ml, jehla 12mm x 0,3mm, 40 čárek, červené víčko, slangově „červená“. Tato inzulínka je distribuována výměnnými programy nejvíce (dle ústního sdělení pracovníků),
- U 50 - objem 0,5ml, jehla 12mm x 0,3mm, 50 čárek, oranžové víčko, slangově „oranžová“,
- U20 - objem 0,5 ml, jehla 12mm x 0,3 mm, 20 čárek, červené víčko,

- U100 - objem 1ml, jehla 12mm x 0,3mm, 100 čárek, oranžové víčko.

Stříkačky jsou baleny buď po jedné v blistru (bez víčka pístu), nebo po deseti kusech (s víčkem pístu) v pytlíku. Všechny jsou osazeny stejnou jehlou, liší se pouze objemem a „čárkováním“, podle něhož jsou rozlišeny barvou víčka jehly.

Poslední dva typy stříkaček nejsou v současné době distribuovány výměnnými programy v Praze, ale v jiných českých městech ano. Proto pokud se dostane pražský toxikoman do cizího prostředí, může být poněkud zmaten. Pražští uživatelé jsou zvyklí, že pokud chtějí „oranžovou“, myslí tím „inzulínku“ o polovičním objemu než je „červená“. UD jsou obecně velmi náchylní ke změnám.

5.2 Statistiky distribuce injekčního materiálu

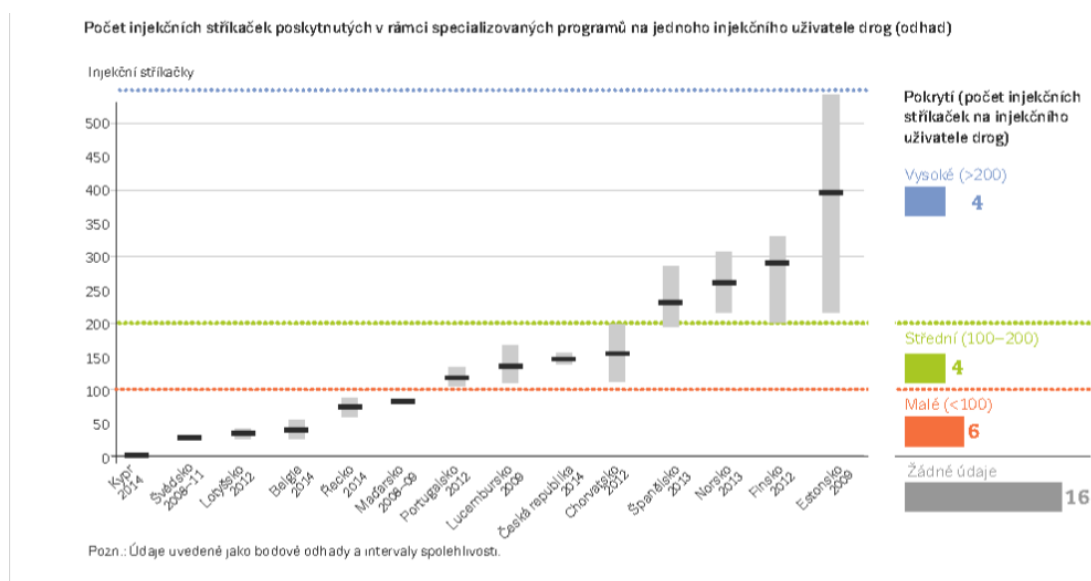
5.2.1 Situace v Evropě

V Evropě v posledních letech narůstá dostupnost výměnných programů a roste i počet distribuovaných injekčních stříkaček (setů). V letech 2005 až 2010 byl zaznamenán nárůst v počtu vydaných injekčních jehel, a to z necelých 35 milionů v roce 2005 na 51 milionů v roce 2010. V roce 2010 se také počet vydaných stříkaček na osobu pohyboval dle odhadů kolem 110 kusů (EMCDDA, 2012).

Z důkazů vyplývá, že programy výměny jehel a stříkaček mohou značným způsobem omezit rizikové chování při injekční aplikaci, a tím pádem snížit přenos HIV mezi injekčními uživateli drog. Téměř všechny evropské země poskytují ve specializovaných výdejních místech zdarma čistý injekční materiál. Zeměpisné rozmístění těchto výdejních míst pro výměnu injekčních stříkaček i odhady počtu vydaných injekčních stříkaček se však v jednotlivých zemích značně liší. Aktuální počty vydaných injekčních stříkaček v jednotlivých zemích ukazuje Obrázek 1 (EMCDDA, 2016).

Informace o poskytování injekčních stříkaček prostřednictvím specializovaných programů jsou dostupné z 23 evropských zemí. Tyto státy dohromady uvádějí, že v roce 2014 distribuovaly zhruba 36 milionů stříkaček. Toto číslo je však oproti předchozím letům podhodnocené, jelikož několik velkých zemí (Francie, Německo, Itálie a Spojené království) neuvádí úplné národní údaje o poskytování stříkaček (EMCDDA, 2016).

Obrázek 1: Počet injekčních stříkaček poskytnutých v rámci specializovaných programů na 1 IUD (odhad)



5.2.2 Česká republika

V České republice jsou nejběžnějšími poskytovateli injekčního náčiní (injekčních setů) určených k intravenózní aplikaci u IUD terénní programy (TP) a kontaktní centra (KC) a prodejní automaty. Síť těchto nízkoprahových služeb byla v roce 2014 tvořena 105 programy (Mravčík et al., 2015).

Počet vydaných jehel a stříkaček za celou ČR byl v roce 2014 odhadován na 6 594 069 kusů. Dle dostupných informací si IUD vyměnil v tomto roce v průměru 200 kusů injekčních setů. (Mravčík et al., 2015).

Evropská zpráva uvádí pro ČR lehce odlišné číslo, 6 610 788 kusů (EMCDDA, 2016).

5.2.3 Situace v Praze

Mravčík et al. (2015) ve VZ taktéž uvádí počet distribuovaných stříkaček prostřednictvím nízkoprahových programů za jednotlivé kraje České republiky. V Praze bylo v roce 2014 dle této zprávy distribuováno 2 634 300 kusů injekčních setů (Mravčík et al., 2015).

Nízkoprahové programy sledují také návratnost injekčních stříkaček určených k likvidaci. Ta je u TP zpravidla nižší (cca 80 %) a u KC vyšší (téměř 100 %). TP bývají taktéž benevolentnější při výměně, kdy dávají většinou i stříkačky navíc či poskytnou (zpravidla 1 až 3 kusy stříkačky) bez nutnosti toho, aby IUD vrátil špinavou stříkačku. Ve většině KC je naopak často striktně dodržována výměna kus za kus (Radimecký, Janíková & Zábranský, 2009).

Sananim

TP Sananim ve své výroční zprávě za rok 2014 udává, že měl *3 093 klientů*, se kterými pracovníci vykonali 33 328 kontaktů. Klienti, evidovaní ve službě TP 2 (určené romským uživatelům, do které jsem se bohužel nedostala), dosáhli v tomto roce celkového počtu 527 osob. KC Sananim pak zaznamenalo *3 449 klientů*. Těmto osobám byla povětšinou poskytnuta výměna injekčního materiálu. Po sečtení vydaných injekčních setů v těchto službách vyšlo konečné číslo *1 730 532 injekčních setů* vydaných IUD v rámci organizace Sananim. Na statistikách tohoto zařízení je každoročně vidět nárůst počtu klientů, využívajících služby KC či TP. V roce 1999 měli programy TP1 +TP2 celkem 1 802 klientů a do KC docházelo 1 480 osob oproti dnešnímu stavu, který činí celkem 7 069 (3 620+3 449). Průměrný věk v HR službách Sananim se pohyboval od 32 (KC) do 33 let (TP) (Sananim, 2015).

Progressive o.p.s.

TP Progressive (NO BIOHAZARD) v roce 2014 uvádí 2 358 klientů a vydalo 92 424 injekčních stříkaček. Počet předaných stříkaček k likvidaci (od klientů) činil 77 610 kusů. KC Progressive (STAGE 5) uvádí 1 325 klientů v kontaktu a 332 968 kusů vydaných injekčních setů. Počet předaných stříkaček k likvidaci činil 335 213 kusů. Dále ještě tato organizace disponuje prodejními automaty, které však na území hl. města Prahy v roce 2014 nefungovaly (Progressive, 2015). Celkem tedy organizace Progressive vydala za rok 2014 v Praze 410 578 kusů injekčních stříkaček.

Drop In o.p.s

V roce 2014 pracovníci programu vykazali 1 289 klientů v kontaktu se službou. Během těchto kontaktů vydali 253 402 injekčních stříkaček. V roce 2014 poskytlo Nízkoprahové středisko Drop In o.p.s. služby cca 1 700 uživatelům návykových látek a bylo vydáno 198 718 sterilních stříkaček. Vybráno a zlikvidováno bylo 230 782 použitých, potenciálně rizikových, stříkaček (Drop In, 2015). Za organizaci Drop In bylo v roce 2014 celkově vydáno 452 120 kusů stříkaček.

Pokud sečteme údaje ze všech 3 nízkoprahových programů, vychází celkový počet distribuovaných stříkaček na 2 593 230 kusů.

Výměnu a distribuci injekčních stříkaček provádějí vedle TP a KC také komunitní lékárny. V některých evropských městech fungují taktéž prodejní a výdejní automaty (v ČR aktuálně ve městech Plzeň, Kolín a Strakonice). Celkové počty distribuovaných stříkaček jsou proto závislé nejen na specializovaných programech, ale také na lékárnách a postojích osob v nich pracujících a na cenách injekčního materiálu (EMCDDA, 2010).

6 TYPOLOGIE INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, ovlivňuje konkrétní vzorec užívání drog u daného jedince mnoho faktorů. V této kapitole se zaměřím na některé z nich.

6.1 Primární droga

6.1.1 Pervitin

Charakteristika

Tato bílé (někdy žlutě) zbarvená krystalická látka patří do skupiny drog, kterým se říká budivé aminy. Jsou to nelegální syntetické stimulanty, známé také jako amfetaminová stimulancia. Pervitin (metamfetamin) je v České republice mezi uživateli drog nejoblíbenější drogou, a to zejména pro svou cenovou dostupnost a poměrně dlouhou dobu účinku (intoxikace obvykle trvá od 8 do 24 hodin). Jedna obvyklá dávka pervitinu se v závislosti na jeho čistotě, způsobu aplikace a toleranci jedince pohybuje v rozmezí od 50 do 250 mg a celkové denní dávky i nad 1 g (více EMCDDA & Europol, 2010; Minařík, 2003; Minařík & Kmoch, 2015).

Intravenózní aplikace

Mezi českými uživateli pervitinu je intravenózní aplikace poměrně oblíbená. Nejenom pro rychlý „nájezd“, ale také pro to, že biologická dostupnost injekčně aplikovaného pervitinu je 100 %, na rozdíl od dalších možných způsobů užívání (Senf, 2009). Příprava pervitinu k intravenózní aplikaci není příliš složitá. Látku stačí rozpustit ve vodě (nejlépe sterilní) a přefiltrovat do stříkačky. Zahřívání pervitinu se nedoporučuje, jelikož snižuje jeho účinky.

Faktory ovlivňující užívání drog (typologie)

Pro uživatele pervitinu není typické denní užívání. Frekvence aplikace drogy se liší zejména dle míry závislosti jedince na metamfetaminu, aktuálním stavu dostupnosti této látky na trhu a v délce drogové kariéry uživatele. Zpočátku jde spíše o užívání příležitostné, typicky o víkendech, které bývají prodlužovány, až po fázi, kdy se jedinec stává závislým a bez drogy nemůže normálně „fungovat“ (Prevcentrum,n.d.a.). U IUD je obvyklé užívání v tzv. jízdách (několikadenní intoxikace, po které následuje dlouhý spánek (Minařík, 2003). Nižší kvalita této drogy podněcuje uživatele, aby více preferovali injekční způsob aplikace (Mahrová & Venglářová, 2008). Čistota pervitinu je v posledních letech poměrně stabilní. V rozmezí let 2007 až 2014 kolísala průměrná čistota metamfetaminu mezi 64,3% a 71,6%. (Mravčík et al., 2015).

Počty PUD a IUD

Počty problémových uživatelů pervitinu v ČR každoročně stoupají a v roce 2014 bylo zaznamenáno již 36 400 uživatelů, z toho 7 500 na území hlavního města Prahy (jedná se o střední hodnoty (Mravčík et al., 2015).

6.1.2 Heroin

Charakteristika

Heroin (diacetylmorfin) je polysyntetický opioid/opiát), který je syntetizován z morfinu, látky přirozeně se vyskytující v máku. Heroin se v mozku opět mění na morfin, který je vázán na tzv. opiodní receptory, ovlivňující především vnímání bolesti (EMCDDA, 2015). Díky tomu, že je složen ze dvou acetylových skupin, prostupuje rychleji hematoencefalickou bariérou, čímž se urychluje nástup účinku (nájezd). Proto uživatelé heroinu obvykle upřednostňují intravenózní aplikaci této drogy či k tomuto způsobu užití látky velmi časně přecházejí.

Intravenózní aplikace

V praxi se můžeme setkat s různými druhy heroinu, které jsou odvozeny od chemické formy látky. Hnědý heroin je charakteristický svou zásaditou reakcí, a proto k přípravě roztoku pro i.v. aplikaci je vhodné přidat kyselinu (nejlépe k. askorbovou, citrónovou - ta je v rámci HR služeb poskytována) a roztok před aplikací zahřát. Hnědý heroin je vhodnější pro jiné způsoby aplikace než nitrožilní. Naproti tomu bílý heroin je více vhodný pro i.v. aplikaci, jelikož je dobře rozpustný a nemusí se oproti hnědému heroinu ani zahřívat. (Minařík & Kmoch, 2015; EMCDDA, 2015).

Při injekční aplikaci heroinu tato droga prostupuje hematoencefalickou bariérou během 20ti vteřin, a téměř 70 % aplikované dávky se dostává do mozku. Uživatelé cítí po aplikaci teplo, euforii a dostávají se do mráкотných stavů, kdy se i stává, že v tomto stavu jehlu ponechávají po nějakou dobu v žíle. Nebezpečí injekční aplikace spočívá nejen v kolísající čistotě látky, ale i v příměsích, kterými je heroin na černém trhu ředěn. Toxické přísady mohou ucpávat důležité cévy v těle a způsobit tak nereversibilní poškození orgánů (především mozku, plic a jater). Dále příměsi komplikují uživateli život i vznikem lokálních somatických obtíží (především se jedná o abscesy) (EMCDDA, 2015).

Faktory ovlivňující užívání drog (typologie)

Užívání heroinu je charakteristické svou pravidelností, jelikož tato látka způsobuje mimo psychické i fyzickou závislost, která se projevuje silnými abstinenními příznaky (křeče, zvracení, průjem, třes apod.) v případech, kdy do těla závislého není dodána obvyklá dávka heroinu (EMCDDA, 2015). Typický uživatel heroinu má svůj stereotypní denní rytmus, spočívající v aplikaci dávky, a dále 6 až 8 hodin má na to, aby sehnal peníze na další dávku, a poté i drogu. To se neustále opakuje. Heroin je typický vzrůstající tolerancí uživatele na jeho přítomnost v těle. Počáteční dávka bývá 100 mg pouličního heroinu. Obvyklá denní dávka u problémového uživatele se však již odhaduje na 1 až 3 gramy pouličního heroinu za den. Přičemž EMCDDA uvádí, že minimální dávka, která může způsobit předávkování je odhadována na 200 mg, což velice názorně ilustruje postupné zvyšování tolerance u PUD, kdy jejich obvyklá dávka může být i 10ti násobně vyšší, než uváděná smrtelná dávka (EMCDDA, 2015). Termín pouliční je uváděn z důvodu, že v ČR je dostupný heroin s poměrně nízkou čistotou. Kvůli kolísající čistotě aktuální „vářky“ a z důvodu malé terapeutické šíře heroinu je jeho i.v. užívání velice nebezpečné, jelikož

jedinec si nikdy nemůže být jistý, jak čistý heroin si zrovna aplikuje, tudíž při každém vpichu látky je vystaven riziku předávkování (pokud se k němu zrovna dostane heroin vyšší čistoty než je zvyklý) . Riziko předávkování při nitrožilní aplikaci vzrůstá po prodělané abstinenci uživatele, jelikož tolerance na tuto drogu se při odvykání velmi rychle snižuje (Minařík & Kmoch, 2015).

V letech 2007 až 2014 se jeho průměrná čistota pohybovala od 14,0% do 29,3% (Mravčík et al., 2015). Hnědý heroin je charakteristický menší čistotou než heroin bílý (ten mívá čistotu okolo 70%), proto při dodávkách bílého heroinu do ČR dochází k vlnám předávkování.

Počty PUD a IUD

Užívání heroinu v ČR mělo do roku 2013 klesající tendenci. V roce 2014 byl na rozdíl od předešlých let zaznamenán nárůst a bylo odhadováno 4 100 problémových uživatelů heroinu, z čehož většinu tvoří jedinci pobývající v Praze, a to celých 2 500 osob (a zároveň i.v. uživatelů) (Mravčík et al., 2015).

6.1.3 Buprenorfin

Jedná se o syntetický opioid, který se využívá pro substituční léčbu závislosti na opioidech – v ČR především formou léků Subutex a Suboxone. Jelikož jde o léčivý přípravek, je vyráběn pouze legální cestou. Jeho předepisování lékaři bylo schváleno v roce 2002 (NIDA, 2006). Avšak způsob jeho obstarávání mezi PUD je mnohdy odlišný a často je se Subutexem obchodováno na černém trhu. Proto je tento „lék“ v posledních letech již řazen mezi drogy, mnohdy dokonce uživateli uváděnou jako drogu primární. Buprenorfin totiž v poslední době nahradil v ČR dlouhodobě nedostatečný a nekvalitní heroin (který však od r. 2014 opět získává své místo mezi PUD).

Léky s obsahem buprenorfinu jsou na drogové scéně nejčastěji zneužívány problémovými uživateli formou injekční aplikace. Nejvíce se tento nepříznivý jev odehrává u Subutexu.

V případě, že je Subutex vnímán uživatelem jako lék, může dojít k jeho zkresleným představám o jeho bezpečnosti v případě injekční aplikace. UD považují Subutex za látku bezpečnou, sterilní a bez nežádoucích příměsí. Opak je však pravdou. Riziko vyvstává hned z několika důvodů, resp. způsobem manipulace s touto látkou jak při získávání, tak i při její přípravě k aplikaci. Dochází k přechovávání v nesterilních sáčkích, opakované osahávání tablety – při púlení a prodeji, znečištění při přípravě roztoku a jeho nefiltrování – Subutex je nutno filtrovat od nerozpustných látek uvedených níže, roztok má být čirý (Minařík, 2011). Dále složením tablety, které není určeno pro parenterálnímu užívání. jeho povrchová vrstva totiž obsahuje mnoho nerozpustných látek (např. kukuřičný škrob, monohydrát laktózy a manitol, které se usazují na stěnách cév). Pokud si uživatel aplikuje buprenorfin injekční cestou, sice zkrátí dobu nástupu účinku, ale vystavuje se vysokému riziku zdravotních komplikací, především infekčních a zvýšenému nebezpečí, že se u něj rozvine bakteriální endokarditida (Minařík, 2011).

Suboxone, další zneužívaný preparát s obsahem buprenorfinu, obsahuje kromě této účinné látky i látku Naloxone, která by měla při i.v. aplikaci vyvolat odvykací stav. Avšak i tento léčivý přípravek je u nás často zneužíván intravenózně. Důvody, které vedou uživatele k jeho injekční aplikaci, jsou mnohočetné, jedním z nejdůležitějších je uváděna závislost na jehle, kdy důvodem abúzu návykových látek není somatický návyk na aplikované droze, ale spíše pocit úlevy po injekční aplikaci. Injekční aplikace Suboxonu je dle úvodní studie preferována u 20% uživatelů (Minařík & Kmoch, 2015).

Vyskytují se i informace o tom, že vynalézaví čeští uživatelé se naučili Suboxone upravit do formy vhodné pro injekční aplikaci (pozn. autora).

Na druhou stranu zde musím uvést pozitiva užívání buprenorfinu namísto heroinu. Herzog (Herzog, 2016) uznává, že užívání léčebných preparátů obsahujících buprenorfin je negativní. Avšak upozorňuje na fakt, že pokud by uživatelé buprenorfinu nepřešli na tuto látku, užívali by nadále heroin, což má mnohem větší společenské dopady. Od přechodu některých heroinistů na substituční preparáty došlo v České republice ke snížení působení cizojazyčných zločineckých uskupení prodávajících drogy, snížení fatálních předávkování, snížení rozsahu trestné činnosti za účelem získání prostředků na drogy (Herzog, 2016).

Herzog dále zastává názor, že zmenšení drogového trhu lze řešit především tím, že nabídku drog nahradíme substitučními preparáty, tedy náhražkami drog. Avšak překážku vidí v tom, že substituční léčba v Praze je sice poměrně dostupná, avšak její kapacita je přeplněna, tudíž nedochází k intenzivní individuální práci s klientem, která by mohla snížit jak nelegální trh s farmaceutickými preparáty obsahujícími buprenorfin, tak vysokou míru intravenózního užívání této substance mezi PUD, kteří si lék obstarávají ilegální cestou (Herzog, 2016).

6.1.4 Kombinace drog (polymorfni užívání drog)

To znamená, že uživatel drog užívá více návykových látek, přičemž žádnou z těchto látek nepovažuje za svou primární drogu. Jedná se o užívání více než jedné psychoaktivní látky, buď zároveň, nebo v jinou dobu a v různých časech. Je vždy třeba specifikovat, o jaké látky se jedná a jestli je nějaká droga preferována, pokud je dostupná (např. pokud si závislí uživatelé heroinu nemohou obstarat svou dávku, mohou se uchýlit k užívání látek s podobnými účinky na centrální nervový systém, aby snížili abstinenci příznaky). DSM-IV používá pro tento jev termín polymorfni či polyvalentní užívání drog, kdy dochází k tomu, že jedinec užívá nejméně tři skupiny návykových látek (NMS, 2005).

Důvody, proč klienti užívají více návykových látek, jsou různé. Může se jednat o potřebu zesílení psychoaktivního účinku látky nebo o potlačení některých negativních stavů, které působí jedna či více z užívaných látek při akutní intoxikaci (např. tzv. Speedballing, kdy se užije současně heroin/buprenorfin a pervitin, jež jsou látky svým způsobem antagonistické – pozn. autora) nebo ke zmírnění odvykacího stavu (EMCDDA, 2009b).

V již několikrát v této práci citovaném výzkumu, který proběhl v letech 2008 – 2009 v rámci sledování trendů na drogové scéně se ukázalo, že užívání pouze jedné návykové

látky je mezi klienty nízkoprahových služeb méně častým jevem. Většinou se v těchto službách setkáváme s polyvalentním užíváním, jehož hlavní příčinou je nejspíše kolísající dostupnost různých typů drog (Radimecký, Janíková & Zábranský, 2009).

6.2 Věk

V roce 2015 realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti výzkum, při kterém bylo s pracovníky nízkoprahových programů (NP) provedeno několik ohniskových skupin zaměřených na aktuální trendy u PUD. Z výzkumu vyplynulo, že klientela NP stárne a průměrný věk se u PUD pohybuje mezi 30 a 32 lety. Toto tvrzení můžeme nalézt i ve VZ organizace Sananim za rok 2014, která uvádí, že průměrný věk klientů TP a KC se pohyboval kolem 32 až 33 let (Sananim, 2015).

Gluzová (2014) pak ve své bakalářské práci, ve které se zaměřila na injekční užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim uvádí průměrný věk těchto osob kolem 33 let (což odpovídá VZ Sananimu) (Gluzová, 2014).

Švůgerová (2015) pak ve své diplomové práci uvádí u respondentů výzkumu zaměřeného na spotřebu injekčního materiálu (ze kterého vychází tato diplomová práce) průměrný věk 33,3 let (Švůgerová, 2015).

6.3 Pohlaví

V adiktologických službách bývá zastoupení mužů a žen většinou v měřítku 2:1. Avšak nízkoprahové služby spíše uvádí, že jejich klientelu tvoří pouze čtvrtina žen a tři čtvrtiny mužů.

Ženy navíc obecně tíhnou spíše ke zneužívání legálních léků než intravenóznímu užívání nelegálních návykových látek. „Zahraniční výzkumy naznačují, že rozdíly mezi muži a ženami jsou patrné zejména ve vztahu k užívaným látkám, vzorcům užívání či přiměřenosti služeb pro uživatele drog. Například zatímco více mužů než žen užívá ilegální drogy, jako jsou cannabis, opioidy či kokain, ženy ve větší míře zneužívají léky – trankvilizéry či sedativa. To může být způsobeno i tím, že ženy častěji než muži vyhledávají v případě zdravotních problémů lékařskou pomoc, a podle odhadů jsou jim předepisovány léky třikrát více než mužům. Oproti tomu muži zřejmě mají menší zábrany nakupovat ilegální drogy od pouličních dealerů. Ženy častěji uvádějí příležitostné užívání, muži spíše referují o pravidelném nebo frekventovaném užívání návykových látek. Většina služeb léčby se zaměřuje na řešení problémů spojených s užíváním ilegálních drog, jež častěji užívají muži. Jedním z důvodů může být i vyšší poptávka po adiktologických službách ze strany uživatelů ilegálních drog, jež je výrazně vyšší než poptávka od žen zneužívajících léky jinak než na lékařský předpis.

Poptávku po službách léčby lze patrně nejlépe ilustrovat na příkladu tzv. problémových uživatelů drog. Podle odhadů je poměr mezi muži a ženami – problémovými uživateli drog – v Evropě zhruba 2: 1, do programů léčby však nastupují v poměru cca 4: 1. Česká

republika je na tom s poměrem mužů a žen žádajících o léčbu (2,5: 1) o něco lépe a zaujímá tak v EU v tomto ohledu specifické místo. K faktorům, jež tento úspěch českých odborných služeb pro uživatele drog ovlivňují, lze patrně přičíst jak jejich flexibilitu a otevřenost, tak i liberálnější postoje české společnosti vůči užívání návykových látek. Ale skutečnost, že se poměr mezi muži a ženami užívajícími ilegální drogy stále více vyrovnává, vede k závěrům, že je zde stále ještě prostor pro zlepšení českých adiktologických služeb, aby byly pro ženy ještě atraktivnější.“ (Radimecký, 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA VÝZKUMU

7.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit frekvenci aplikace drog u injekčních uživatelů a odhadnout celkovou roční spotřebu injekčního materiálu v závislosti na typologii uživatelů (užívané drogy, frekvence užívání, frekvence kontaktu s nízkoprahovými službami,...). K naplnění cíle bylo využito prevalenčních odhadů o počtu injekčních uživatelů pro hlavní město Praha.

Stanovený hlavní cíl diplomové práce lze rozčlenit na několik podcílů:

1. Zjistit spotřebu injekčního materiálu u injekčních uživatelů návykových látek.
2. Zmapovat sdílení injekčního materiálu, včetně opakovaného použití vlastní již použité injekční stříkačky.
3. Zmapovat spotřebu injekčních stříkaček použitých k jedné (úspěšné) aplikaci drogy.
4. Popsat podíl distribuce na spotřebě injekčního materiálu uživateli návykových látek.
5. Zmapovat četnost injekční aplikace u uživatelů návykových látek dle preferované substance.

7.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny tak, aby společně odpovídaly na hlavní zvolený cíl, a jsou následovné:

1. Jaká je spotřeba injekčního náčiní a četnost aplikace u jednotlivých typů uživatelů?
2. Jak často dochází v rámci aplikace ke sdílení injekční stříkačky s jinou osobou?
3. Jak často dochází k opakované aplikaci vlastní již nesterilní injekční stříkačkou?
4. Jak často dochází k tomu, že uživatelé spotřebují pro jednu aplikaci více kusů injekčních stříkaček (setů)?
5. Jaký je podíl distribuce injekčního materiálu (nízkoprahovými programy) na spotřebě injekčních uživatelů?

7.3 Výběrový soubor

Základní soubor tvořili injekční uživatelé drog v Praze. Dle prevalenčních odhadů se v roce 2014 na území hlavního města vyskytovalo celkem 15 700 IUD, z čehož bylo 7 500 uživatelů pervitinu, 5 700 uživatelů buprenorfinu a 2 500 osob mělo jako primární drogu heroin. Pro Prahu byl v tomto roce počet injekčních uživatelů totožný s počtem problémových uživatelů (15 700 osob) (Mravčík et al., 2015).

Velikost výzkumného souboru jsem si předem stanovila na minimálně 150 respondentů, jelikož mou snahou bylo zachytit reprezentativní (1 %) a co nejpestřejší vzorek pražských injekčních uživatelů drog. Respondenti měli být vybíráni na základě kvótního výběru (dle pohlaví a primární drogy). Kvótní výběr se snaží o stejné procentuelní zastoupení známých složek (proměnných) ve výzkumném vzorku jako je v základním souboru, proto musíme mít o základním souboru dostupné potřebné informace (Disman, 2002). Kvóta se nakonec podařila zcela přirozeně naplnit bez mých zásahů a velikost vzorku byla taktéž splněna.

Dalším kritériem byla návštěva některého z výměnných programů v Praze (3 KC a 3 TP) v době mého výzkumu. Posledním kritériem byla alespoň 1 injekční aplikace drogy v posledním roce. Všichni respondenti přirozeně spadali do kategorie problémových uživatelů drog podle definice PUD dle EMCDDA: „*injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového typu a/nebo amfetaminového typu a/nebo kokainu.*“ (EMCDDA, 2009a).

Sběr dat jsem realizovala v poměrně dlouhém časovém období (listopad 2015 až únor 2016). V tomto období jsem byla pořizovat data celkově 18 krát. (Poměrně vysoká frekvence sběru dat byla možná z důvodu mého již ukončeného studia, ochotou jednotlivých služeb, a také jsem čekala na poslední, únorový sběr dat, tudíž jsem čas do plánovaného konce výzkumu ještě využívala dalšími sběry dotazníků.)

Během 18 sběrů dat byli osloveni téměř všichni klienti, kteří službu v době mé přítomnosti využili. Ochota k vyplnění dotazníku byla nad má očekávání (bohužel jsem si nikam nezaznamenávala počet odmítnutí). Mohlo k tomu přispět to, že jsem klienty motivovala sušenkou a také fakt, že se mi celý dotazník podařilo natisknout na 1 stránku, tudíž již od pohledu bylo znát, že doba dotazování nebude nijak dlouhá. Pokud respondenti s vyplněním váhali, mnohdy je zrovna ukázka rozsahu dotazníku přesvědčila ke svolení s vyplněním. Sušenka byla motivace, dle mého odhadu, cca u poloviny respondentů, několikrát se mi však stalo i to, že si klient sušenku nevzal, a přesto chtěl dotazník vyplnit, aby mi pomohl s diplomovou prací, nebo z důvodu, že svou účast ve výzkumu shledával za užitečnou.

Respondenti byli k účasti na výzkumu oslovováni buď pracovníky služby či výzkumníkem přímo v kontaktních centrech a při terénní práci. Na snaze vždy bylo zajistit klidné místo pro vyplnění, čehož bylo především ochotou a trpělivostí pracovníků dosaženo. V kontaktních centrech mi byl poskytnut prostor k vyplňování a v terénu jsme s klienty většinou šli kousek stranou od výměny a pracovníci vždy počkali, dokud jsem nevyplnila dotazník se všemi ochotnými respondenty, kteří byli v daný čas přítomni. Pracovníci mi

taktéž doporučovali koho určitě oslovit a několikrát mne předem varovali, že konkrétní klient nebývá ochotný, či je až příliš intoxikován.

Celkem jsem dotazník vyplnila se 160 respondenty. Po zanesení dat do MS Excel se ukázalo, že se 3 respondenty mám dotazník vyplněný 2x. Proto byl u 2 respondentů druhý vyplněný dotazník vyřazen a u 1 respondenta byly vyřazeny oba dotazníky, jelikož byly jeho výpovědi razantně odlišné, tudíž byly tyto dotazníky nevěrohodné. 1 klient se mnou dotazník začal vyplňovat, avšak po několika otázkách se rozhodl, že nechce dále pokračovat a uraženě odešel. Tento klient užíval drogy injekčním způsobem velmi krátce a je možné, že se ho otázky v dotazníku jistým způsobem dotkly. Po této selekci tedy zbylo 155 dotazníků použitelných pro konečné zpracování výzkumu. (Návratnost dotazníků mohu považovat za 100%, jelikož respondenti nevyplňovali dotazník sami, nýbrž prostřednictvím výzkumníka.)

Dotazníky jsem nasbírala v těchto výměnných programech v Praze v následujících počtech:

- TP Sananim Sanitka – 42 respondentů,
- KC Sananim – 38 respondentů,
- TP No Biohazard Progressive – 19 respondentů,
- KC Stage 5 Progressive – 10 respondentů,
- TP Dropin – 11 respondentů,
- KC Dropin- 35 respondentů.

7.4 Metodologie

7.4.1 Metody získávání dat

Pro realizaci výzkumu jsem použila kvantitativní metodu a data byla získána pomocí dotazníku. Ferjenčík (2000) uvádí, že mezi výhody dotazníku patří zejména úspora času a finančních prostředků a to, že získaná data lze obvykle lépe kvantifikovat. Jako nevýhody pak vidí jeho menší pružnost, nižší věrohodnost dat a to, že způsob formulace otázky nemusí být vždy srozumitelný pro všechny respondenty (Ferjenčík, 2000).

Dotazník byl vytvořen a již použit studentkou Adiktologie, Hanou Švůgerovou pro realizaci obdobného výzkumu v roce 2014/2015 (Švůgerová, 2015). Dotazník byl pro účely tohoto výzkumu lehce pozměněn po formální i po obsahové stránce. Co se týče formální stránky, byl upraven tak, aby se vešly všechny otázky na 1 list formátu A4 a u respondentů tak vyvolával větší pocit časové nenáročnosti. Po obsahové stránce byla přidána 1 otázka týkající se spotřeby více než 1 stříkačky potřebné k 1 aplikaci drogy. Tato otázka byla zahrnuta v návaznosti na výzkum Švůgerové, která u respondentů zjistila odlišné chápání pojmů 1 aplikace a 1 spotřebovaná injekční stříkačka.

Celý dotazník čítal celkem 18 otázek, přičemž některé z nich měly ještě podotázky. V dotazníku se objevovaly všechny typy otázek, to znamená uzavřené, polootevřené a otevřené. Na uzavřené otázky mohli respondenti odpovídat tak, že si vybrali z nabízených variant odpovědí 1 či více odpovědí. Uzavřené otázky jsou výhodné tím, že se poměrně snadno a rychle vyplňují a poté i zpracovávají, nevýhodou je ale to, že respondentovi nemusí vyhovovat možnost výběru odpovědí či je nepřesná (Disman, 2002). Polootevřené otázky byly v dotazníku dvojího typu a to jednak ty, kde byla možnost vybrat pouze jednu odpověď a jednak otázky, kde respondenti mohli zvolit všechny takové varianty odpovědi, které na ně „pasovaly“, nebo mohli respondenti dopsat další odpověď, tedy svou variantu, což je pro tento typ otázek typické (Litschmannová, 2009). Otázky otevřené se zaměřovaly na délku injekčního užívání drog a na četnost aplikací.

Dotazník obsahoval obě skupiny otázek, otázky analytické a meritorní. Otázky analytické slouží k získání identifikačních údajů respondenta (věk, pohlaví, délka užívání návykové látky apod.), na rozdíl od otázek meritorních, které se týkají názorů a především chování respondenta (Litschmannová, 2009).

Pochopitelnost dotazníku injekčními uživateli návykových látek a možnost se k celému dotazníku vyjádřit jsem otestovala pomocí předvýzkumu, který proběhl v KC Drop In. Celkem jsem v tomto předvýzkumu oslovila 10 klientů tohoto zařízení, se kterými jsem dotazník vyplňovala nad míru obezřetně. Všimla jsem si, na které otázky mají větší problém odpovídat a po samotném vyplnění dotazníku, byl každý klient dotázán, zdali pro něj byl dotazník srozumitelný a jestli by některé otázky položil jinak, či dokonce doporučil nějakou otázku přidat či zcela vynechat. Oslovení klienti všem otázkám vesměs správně porozuměli, jen mne utvrdili v tom, že bych se měla zaměřit na otázku, jestli si respondenti opravdu představují pod pojmem 1 aplikace drogy také 1 použitou stříkačku. Proto jsem se při realizaci celého výzkumu klientů vždy ještě konkrétně doptala a ujistila se, zdali si s dotazovaným rozumíme a to větou „*Chápu správně, že pro Vás znamená 1 aplikace drogy 1 použitou stříkačku?*“.

Dotazník byl klientům vždy předčítán mou osobou, což mnoho z nich uvítalo s tím, že špatně vidí (za což mohlo i z výše zmíněných úsporných důvodů taktéž použité písmo o velikosti 10,5), tudíž nebyl klienty vyplňován samostatně. Proces vyplňování byl takto zvolen z obav výzkumníka, aby byly pokládány otázky respondenty správně pochopeny a také, aby byla zajištěna 100% návratnost dotazníku. Vyplňování za pomoci výzkumníka se ukázalo jako dobrý krok, jelikož si klienti často neuvědomovali odlišnost podstaty těchto dvou otázek: „*Použil/a jste v posledních 7 dnech svoji injekční stříkačku opakovaně?*“ a „*Použil/a jste v posledních 7 dnech k 1 aplikaci více stříkaček?*“. Několikrát se mi totiž stalo, že mi klienti řekli, že se ptám podruhé na totéž.

Otázky jsem při předčítání dotazníku formulovala co nejsrozumitelněji vzhledem k cílové populaci a někdy jsem při předčítání dotazníku volila slangové výrazy (např. nášleh, nápal, nastřelení, buchna, apod.) namísto přesných formulací v dotazníku (to když jsem dle chování respondenta posoudila, že to bude pro něj takto srozumitelnější).

7.4.2 Metody zpracování a analýzy dat

Při fázi zpracování dat jsem nejprve vyřadila nesprávně a neúplně vyplněné dotazníky. Poté jsem data přepsala do počítačové podoby. Data jsem dále zpracovávala pod vedením Mgr. Jaroslava Vacka (vedoucí mé diplomové práce) a to pomocí programu MS Excel. Získaná data jsem popsala pomocí deskriptivní statistiky.

Původní záměr při zpracování dat ještě byl, že pro validizaci výpovědí nejprve jednotlivé dotazníky doplním o důležité informace (frekvence využívání nízkoprahových programů) o respondentovi, které získám z databáze FreeBase, na základě poskytnutého kódu klienta. Avšak potřebná data se nám bohužel nepodařilo získat. Proto jsme se obrátili na vedoucí jednotlivých navštívených služeb a ti nám ochotně poskytli data z jejich zařízení o počtu klientů, kteří daný program využili v roce 2015. Dále na naši žádost pracovníci zařízení provedli odhad o rozložení jejich klientů dle jejich frekvence návštěv v konkrétním zařízení, a to na základě jednoduchého dotazníku. Pomocí těchto dat a výpočtu koeficientů k porovnání s mnou získanými daty jsme došli k výpočtu spotřeby dle různých aspektů (primární drogy, frekvence návštěv zařízení,...).

V rámci analýzy dat jsem se zaměřila na splnění hlavního cíle výzkumu a to zjistit spotřebu injekčních stříkaček (jak celkově u všech IUD, tak dle typologie uživatelů). Proto byly zvoleny následující proměnné:

- průměrná týdenní spotřeba injekčních stříkaček dle primární drogy,
- průměrná roční spotřeba injekčních stříkaček za rok dle primární drogy,
- celková roční spotřeba injekčních stříkaček (viz následující tabulka).

| Proměnná/indikátor | Algoritmy/výpočty | Definice zkratk |
|-------------------------------------|---|--|
| Průměrná týdenní spotřeba (dále TS) | $TS = PAT - (PSJT + POAT) + PSN$ | PAT = průměrný počet aplikací týdně PSJT = počet sdílených jehel týdně POAT = počet opakovaných aplikací týdně PSN = počet stříkaček navíc (četnost * počet k 1 aplikaci) |
| Průměrná roční spotřeba (dále RS) | $RS = TS * 52,14$ | TS = průměrná týdenní spotřeba 52,14 = počet týdnů v roce |
| Celková roční spotřeba (dále CRS) | $CRS = CRSp + CRSb + CRSh + CRSk + CRSms$ | CRSp = celková roční spotřeba pervitinu CRSb = celková roční spotřeba buprenorfinu CRSh = celková roční spotřeba heroínu CRSk = celková roční spotřeba kombinace drog CRSms = celková roční spotřeba metadonu a suprakainu |

Dále byla využita i frekvenční analýza počtu dní, kdy docházelo k aplikaci během týdne, kdy bylo sledováno, kolik injekčních aplikací je s ohledem na daný typ užívané primární drogy pro uživatele typický.

Na výzkumnou otázku týkající se podílu distribuce injekčního materiálu na spotřebě problémových uživatelů, bylo zodpovězeno opět aritmetickým výpočtem – tedy průměrem a dále násobkem dalších potřebných počtů (počet injekčních uživatelů v Praze apod. – viz Výroční zpráva 2015, Mravčík et al., 2016). To znamená, že pro jednotlivé výpočty jsme dále používali koeficienty. Koeficient představuje váhu skupiny nebo jednotlivého případu. V případě této diplomové práce jsme vážili počet respondentů a výskytu jevu v ideálním výzkumném vzorku (přepočet dat z jednotlivých zařízení, dat z tohoto výzkumu, dat z Výroční zprávy pro ČR), a to s ohledem na primární drogu, frekvenci návštěv, konkrétní zařízení (jednotlivé váhy jsme dále kombinovali). Nejprve jsme vždy propočítali výsledná data za jednotlivé skupiny a ty jsme následně sečetli dohromady.

Výsledná data jsou prezentována v přehledných tabulkách a grafech a důkladně okomentována v kapitole Výsledky výzkumu

7.5 Etické aspekty práce

Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a respondenti byli hned na počátku vyplňování seznámeni s účelem výzkumu a byli dotázáni, zdali se svou účastí ve výzkumu souhlasí. Taktéž byli před vyplněním dotazníku informováni o tom, že za vyplnění obdrží sušenku. Všichni respondenti měli možnost kdykoliv přerušit vyplňování dotazníku nebo nevyplnit některé údaje. Samozřejmostí bylo i soukromí a klid při vyplňování dotazníku, avšak dotazník byl vždy vyplněn mou osobou (tedy i za mé přítomnosti).

Mezi etické aspekty patří i fakt, že v celém výzkumu je naprosto zachována anonymita respondentů – nikde není uvedeno jméno klienta, ani jiné údaje, které by ho mohly identifikovat. Pro zamezení opakovaného vyplnění dotazníku s 1 klientem a pro získání informací o mnou zastiženém vzorku IUD jsem vyžadovala kód klienta, pod kterým je veden v nízkoprahových službách v evidenci FreeBase, s tímto kódem poté při zpracování dat jsem již nepracovala a tento kód nebyl nikde zveřejněn.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

8.1 Výzkumný soubor

Mého výzkumu se (po vyřazení duplicitních či nevalidních dotazníků) zúčastnilo celkem 155 respondentů.

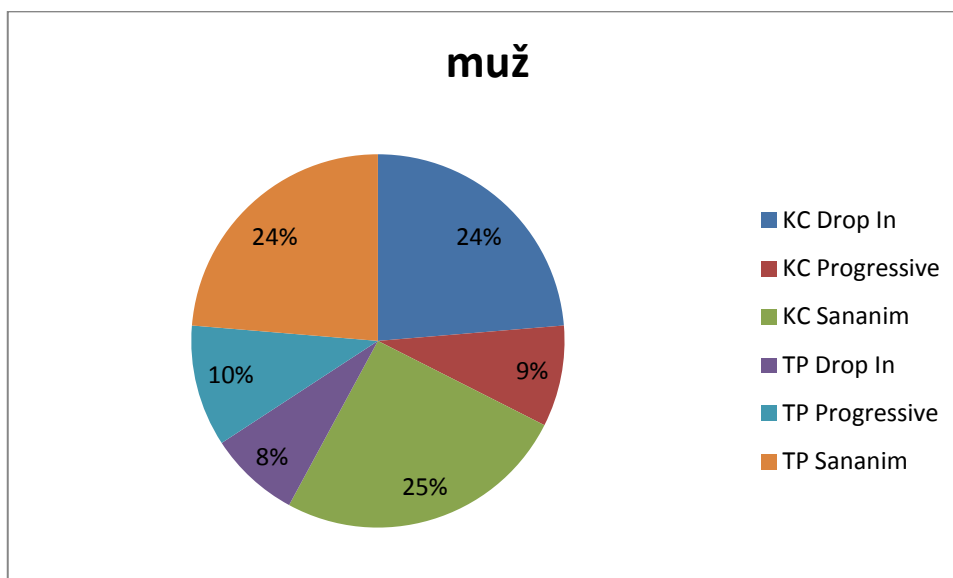
8.1.1 Pohlaví respondentů

Tabulka 1 zobrazuje rozložení zúčastněných osob/respondentů v závislosti na jejich pohlaví a službě, kde byli v rámci výzkumu zastihnuti. Nejvyšší počet osob vyplnilo dotazník u sanitky Sananimu (tzn. v terénním programu Sananim) – a to 42 osob. Druhý nejvyšší počet respondentů jsem zastihla v kontaktním centru taktéž organizace Sananim (38 osob) a téměř shodný počet respondentů se výzkumu zúčastnilo během své návštěvy v KC Drop In (35). Ve všech službách tvořili převahu muži, v KC Progressive se mi dokonce podařilo zastihnout pouze mužskou populaci UD (celkem 10 klientů). Přestože 1 ženu jsem zde zastihla, její dotazník byl nakonec vyřazen, jelikož se výzkumu zúčastnila již podruhé. Celkově muži tvořili 73,55 % a ženy tvořily 26,45 % (Graf 1, Graf 2).

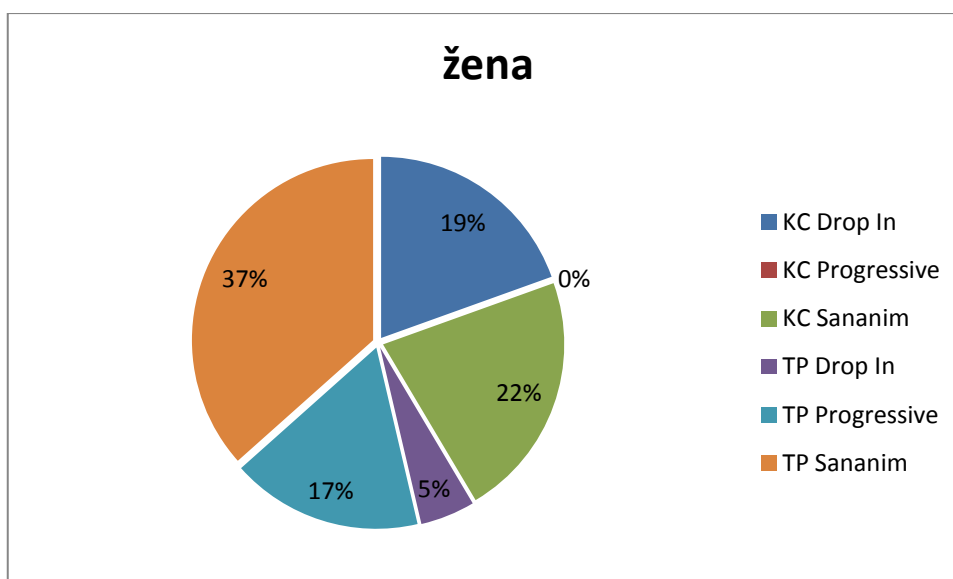
Tabulka 1: Pohlaví respondentů dle zařízení

| Pohlaví | Muž | | Žena | | Celkem | |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Zařízení | Absolutní počet | Relativní počet | Absolutní počet | Relativní počet | Absolutní počet | Relativní počet |
| KC Drop In | 27 | 17,42% | 8 | 5,16% | 35 | 22,58% |
| KC Progressive | 10 | 6,45% | | 0,00% | 10 | 6,45% |
| KC Sananim | 29 | 18,71% | 9 | 5,81% | 38 | 24,52% |
| TP Drop In | 9 | 5,81% | 2 | 1,29% | 11 | 7,10% |
| TP Progressive | 12 | 7,74% | 7 | 4,52% | 19 | 12,26% |
| TP Sananim | 27 | 17,42% | 15 | 9,68% | 42 | 27,10% |
| Celkový součet | 114 | 73,55% | 41 | 26,45% | 155 | 100,00% |

Graf 1: Rozložení respondentů mužského pohlaví dle zařízení v procentech (%)



Graf 2: Rozložení respondentů ženského pohlaví dle zařízení v procentech (%)



8.1.2 Věkové složení respondentů

Věkové složení respondentů (tabulka 2) bylo velice rozmanité a nejčastěji se pohybovalo v rozmezí od 27 do 45 let. Průměrný věk byl 36 let, nejmladšímu klientovi bylo 19 let a nejstaršímu dokonce 67 let (Tento klient byl pro mne velkým překvapením. Zastihla jsem ho v KC Sananim, kde tou dobou probíhaly zostřené konflikty s místními občany, a můj první dojem byl, že se jedná o důchodce, který si jde na službu stěžovat).

Tabulka 2: Věkové složení respondentů

| | Celkem |
|---------------------|--------|
| Věkový průměr | 36 let |
| Minimální věk | 19 let |
| Maximální věk | 67 let |
| Směrodatná odchylka | 9 let |
| Medián | 35 let |

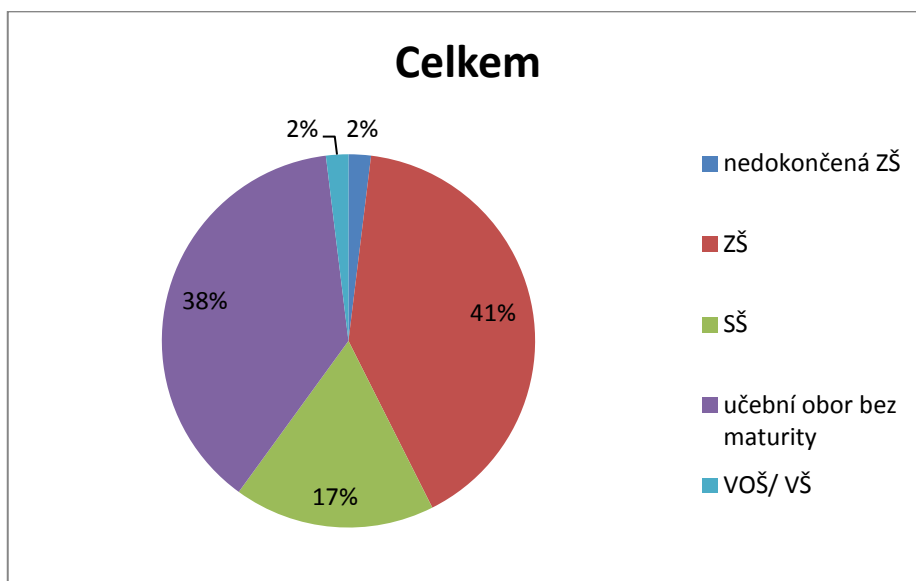
8.2 Nejvyšší ukončené vzdělání

Úroveň vzdělání uživatelů drog je obecně na nízké úrovni. Dokazuje to i mnou zachycený soubor respondentů. Jak lze vyčíst z Tabulka 3 a Graf 3, tak 3 respondenti (2 ženy a 1 muž) nedokončili ani základní školu. Stejný počet klientů, tentokrát všichni mužského pohlaví mělo naopak ukončené vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání. Překvapením tedy nebylo, že nejvíce respondentů, celkem 63 mělo ukončené základní vzdělání a téměř shodný počet (59) pak vlastnilo výuční list.

Tabulka 3: Úroveň vzdělání respondentů v celých číslech

| Dokončené vzdělání | Muž | Žena | Celkový součet |
|--------------------------|------------|-----------|----------------|
| nedokončená ZŠ | 1 | 2 | 3 |
| ZŠ | 44 | 19 | 63 |
| učební obor bez maturity | 49 | 10 | 59 |
| SŠ | 17 | 10 | 27 |
| VOŠ/ VŠ | 3 | 0 | 3 |
| Celkový součet | 114 | 41 | 155 |

Graf 3: Úroveň vzdělání respondentů v procentech (%)



8.3 Délka injekčního užívání drog

Průměrná doba, která uplynula od 1. aplikace drogy intravenózně (tzn. počet let od 1. nitrožilní aplikace drogy bez započítání pauz v užívání) se pohybovala v rozmezí od 6 do 24 let. Průměr pak byl 15 let (viz. tabulka 4). Podařilo se mi zastihnout klienta, který si do žíly aplikoval drogu teprve měsíc. (Tohoto klienta jsem oslovila v rámci programu TP Progressive nedaleko Václavského náměstí a po vyplnění dotazníku mi samotní terénní pracovníci sdělili svůj údiv, že se mnou klient dotazník vyplnil – kvalitativní poznámka autorky.). Nejdelší doba injekční aplikace byla u jednoho staršího klienta 50 let.

Tabulka 4: Délka injekčního užívání drog

| Délka injekčního užívání | |
|--------------------------|-----------|
| Průměr | 14,93 let |
| Nejnižší hodnota | 1 měsíc |
| Nejvyšší hodnota | 50,00 let |
| Směrodatná odchylka | 9,22 let |
| Medián | 15,00 let |

8.4 Primární droga

V Tabulka 5 a

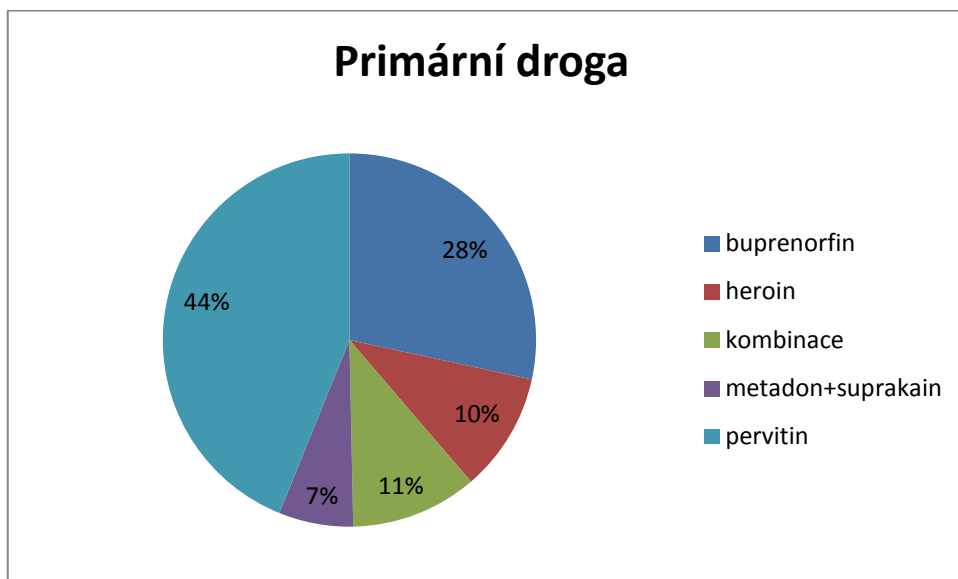
Graf 4 jsou uvedeny počty osob a jejich procentuální zastoupení podle drogy, kterou označili jako svou primární. Nejvíce respondentů uvedlo za svou primární drogu pervitin, konkrétně se jednalo o 68 osob, resp. 44 %. Buprenorfin (tzn. preparát Subutex či Suboxone) považuje za svou hlavní drogu 44 (28 %) dotázaných. Dále 17 respondentů (11

%) uvedlo, že užívá kombinaci drog (nejčastěji pervitinu a Subutexu), přičemž žádnou z nich nepreferují jako svou primární drogu. Téměř shodný počet dotazovaných, 16 osob (10 %), uvedlo jako svou hlavní drogu heroin. Několik uživatelů uvedlo za svou primární drogu ještě jinou látku, konkrétně šlo v 9 případech o metadon či v 1 případě o suprakain. Tyto dvě látky jsem v dalších propočtech v rámci této diplomové práce sloučila do jedné skupiny (metadon + suprakain). Překvapivé je, že žádný z oslovených klientů pražských TP a KC neuvedl jako svou primární drogu některou z nových syntetických drog.

Tabulka 5: Počet respondentů dle primární drogy

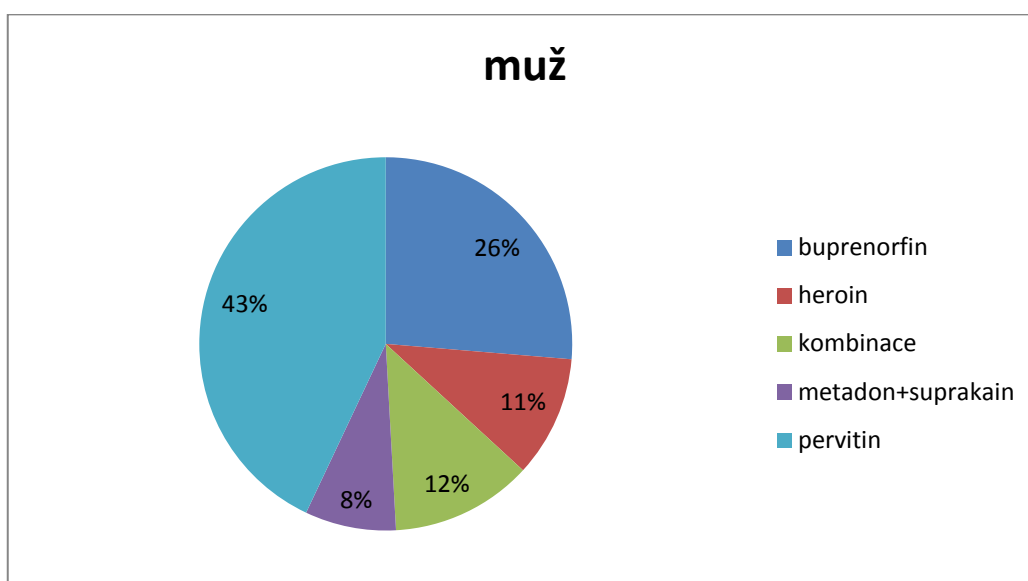
| Primární droga | Počet | Procento | Muž | Žena |
|-----------------------|------------|----------------|------------|-----------|
| Pervitin | 68 | 43,87% | 49 | 19 |
| Buprenorfin | 44 | 28,39% | 30 | 14 |
| Heroin | 16 | 10,32% | 12 | 4 |
| Kombinace | 17 | 10,97% | 14 | 3 |
| metadon+suprakain | 10 | 6,45% | 9 | 1 |
| Celkový součet | 155 | 100,00% | 114 | 41 |

Graf 4: Respondenti dle primární drogy v procentech (%)

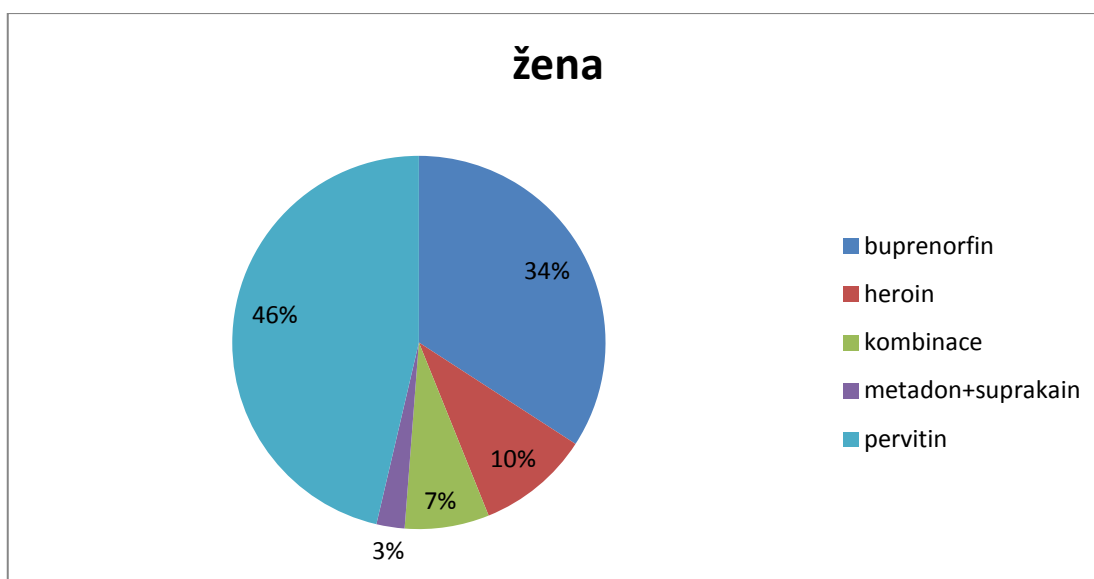


Z hlediska pohlaví a preferované primární drogy nebyly mezi respondenty značné rozdíly (viz. Graf 5 a Graf 6). Pervitin je primární drogou u 43% mužů a 46% žen. Buprenorfin uvedlo 26 % mužů a 34 % žen. Muži oproti ženám častěji užívají drogy v kombinaci, 12 % mužů na rozdíl od 7 % žen. Metadon (či suprakain) je taktéž více uváděn muži (8 %) než ženami (3 %).

Graf 5: Primární droga u mužů v procentech (%)



Graf 6: Primární droga u žen v procentech (%)



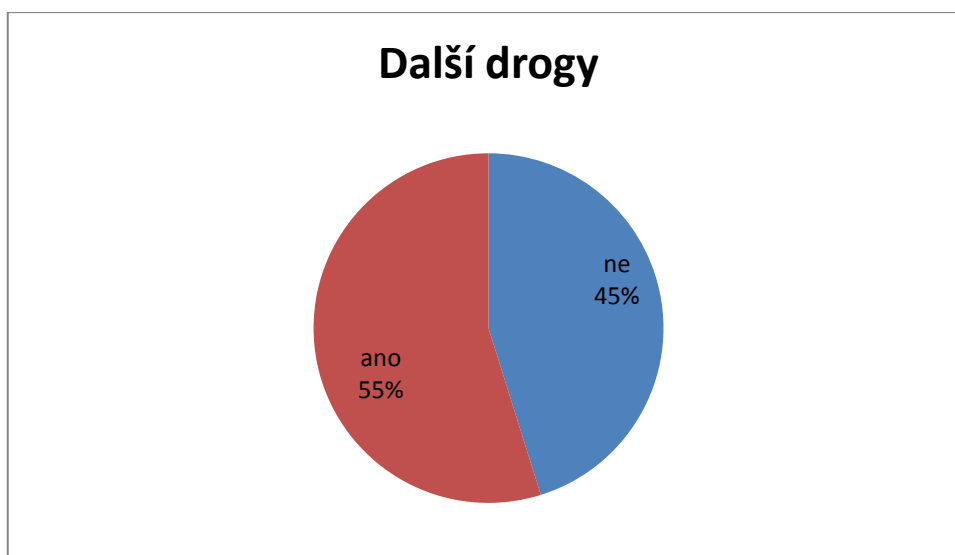
8.5 Další drogy užívané injekčně

Vedle primární drogy byli klienti KC a TP v Praze dotazováni na to, zda kromě jejich hlavní drogy užívají intravenózně i další substance. Jak ukazuje Tabulka 6 a Graf 7, tak 85 klientů (55 %) odpovědělo kladně a zbylých 70 uvedlo, že injekčně neužívá jinou drogu než svou primární. Primární drogou však mohla být i kombinace drog, tudíž klienti, co neužívají další drogy, mohou tím pádem užívat více než 1 návykovou látku.

Tabulka 6: Další injekční užívání drog k droze primární v celých číslech

| Další drogy injekčně | Počet |
|-----------------------|------------|
| Ano | 85 |
| Ne | 70 |
| Celkový součet | 155 |

Graf 7: Další injekční užívání drog k droze primární (%)



Tabulka 7 znázorňuje, kolik klientů uvedlo, že určitou drogu užívá obecně. To znamená, že drogu uvedli za svou primární, či ji aplikují jako další drogu k droze primární. Nejvíce užívanou drogou je mezi pražskými klienty KC a TP jednoznačně pervitin. Jeho užívání neguje pouze 15 participantů výzkumu, a proto zbylých 140 osob můžeme považovat za uživatele pervitinu. Druhou nejčastěji užívanou drogou v Praze je buprenorfin. Nitrožilní užívání Subutexu či Suboxonu přiznalo 78 respondentů (50 %). V rámci výzkumu jsem nezjišťovala ani nikam nezaznamenávala, kolik respondentů tento preparát užívá legálně (na lékařský předpis) a kolik osob si ho naopak obstarává na černém trhu. Kladnou odpověď na užívání heroínu jsem pak zaznamenala u 47 osob (30 %).

Někteří uživatelé (29 osob) uvedli ještě jiné další injikované drogy, například braun, opium, funky, ketamin, metadon a další méně známé substance. Několik respondentů uvedlo, že užívá ještě další drogy, ale nevzpomněli si či neuvedli, které látky konkrétně či dokonce odpovídali slovy „vše, co jde“. Tyto drogy spadají pouze do kategorie další a nikdo je neuvedl jako svou primární drogu na rozdíl od předchozích (pervitin, buprenorfin a heroín).

Tabulka 7: Počet všech respondentů, kteří užívají vybrané návykové látky v celých číslech

| Užívání | Droga | Pervitin | Heroin | Buprenorfin | Jiné |
|-----------------------|-------|------------|------------|-------------|------------|
| Ano | | 140 | 47 | 77 | 29 |
| Ne | | 15 | 108 | 78 | 126 |
| Celkový součet | | 155 | 155 | 155 | 155 |

8.5.1 Shrnutí:

Sociodemografické údaje získané od respondentů tohoto výzkumu poměrně dobře korespondují s Výroční zprávou o stavu ve věcech drog za rok 2014. (viz. diskuze níže).

Zastoupení pohlaví (74 % mužů a 26 % žen) se příliš neodchylovalo od dlouhodobě uváděného odhadu, že klienty adiktologických služeb tvoří kolem 70% mužů a 30% žen (Mravčík et al., 2015; Sananim, 2015). Nejvíce preferovanou primární drogou byl pervitin, který uvedlo 44 % respondentů, uživatelé opiátů pak tvořili v součtu necelých 39 % (buprenorfin + heroin). Toto číslo se liší od údajů ve VZ z toho důvodu, že pro účel této práce byli PUD jinak děleni a čísla z VZ byla přepočítána i mezi uživatele kombinace drog a uživatele metadonu + suprakainu. Kombinace drog (kdy klient služby nebyl schopen uvést, jakou z užívaných drog, považuje za svou primární) či zejména příležitostní injekční uživatelé drog, kteří jsou v léčbě na perorálně podávaném metadonu, kteří však berou za svou hlavní drogu metadon, tvořili poměrně hojně zastoupené a svým způsobem charakteristické skupiny uživatelů. Pro ně byly v rámci tohoto výzkumu vytvořeny zvláštní kategorie.

Užívání ještě další drogy vedle své primární je také velmi častý jev, který se objevuje u 55% respondentů. Nejvíce je mezi pražskými uživateli oblíben pervitin, který si injikuje celých 90 % dotázaných. Buprenorfin užívá 50 % respondentů a roste i obliba heroinu – 30 % respondentů uvedlo jeho užívání, což je dvojnásobný počet oproti výsledku Švůgerové (Švůgerová, 2015).

8.6 Jaká je četnost aplikace a spotřeba injekčního náčiní u jednotlivých typů uživatelů?

Tabulka 8 ilustruje jednak četnost aplikací, druhak průměrnou denní, týdenní a roční spotřebu stříkaček u 1 uživatele v závislosti na jeho primární droze.

Četnost aplikace je uváděna jako průměrný počet užití drogy ve dnech, kdy uživatel drogu skutečně užil (tzn. frekvenční analýza počtu dní, kdy docházelo k aplikaci drogy během týdne, kdy bylo sledováno, kolik injekčních aplikací je z hlediska primární drogy pro uživatele typický). Průměrná denní spotřeba pak ilustruje, kolik stříkaček uživatelé jednotlivých drog v průměru spotřebují za 1 den jejich typického užívání. Čísla se liší z toho důvodu, že spotřeba stříkaček neodpovídá počtům aplikací, jelikož jsme zde již při výpočtu použili algoritmus uvedený v metodologické části: $TS = PAT - (PSJT + POAT) + PSN$. Dále je odlišnost dána tím, že někteří respondenti neužívají každý den v týdnu.

Průměrná denní spotřeba stříkaček, dle jednotlivých, respondenty uváděných, primárních drog v kontextu typického uživatelského týdne zobrazuje, že nejvíce stříkaček denně spotřebují uživatelé, kteří nepreferují žádnou drogu jako svou primární, ale užívají kombinaci drog. Tito uživatelé za 1 den spotřebují v průměru 5 stříkaček. Vysokou spotřebu stříkaček uváděli i uživatelé buprenorfinu (Subutex či Suboxone), kteří průměrně spotřebují 3,9 injekčních stříkaček denně. Další skupina uživatelů opiátů, uživatelé heroinu pak spotřebují 2,2 injekčních setů za den. Průměrná spotřeba stříkaček uživatelů pervitinu se pohybuje v průměru 1,8 stříkaček za den a uživatelé metadonu (+ 1 uživatel suprakainu) spotřebují průměrně jen 0,4 kusů injekčních setů denně.

Pokud se na spotřebu stříkaček podíváme z pohledu průměrné denní spotřeby stříkaček uživatelů všech typů uváděných drog dohromady, tak nám vychází číslo 2,7 kusů za den.

Co se týče týdenní spotřeby, tak ta činí 35 injekčních stříkaček pro uživatele, kteří uvedli přednostně kombinaci drog. Uživatelé preferující buprenorfin, spotřebují v průměru 27,5 injekčních setů týdně, uživatelé heroinu 15,1 setů, pervitinisté 12,8 setů a kategorie metadon + suprakain pouhé 3 injekční sety za týden. Průměrná týdenní spotřeba za všechny uvedené primární drogy je rovna 19 kusům a celkem spotřebují uživatelé všech primárních drog 93 kusů jehel za týden a necelých 5 tisíc jehel za rok. Zajímavé je opět to, že mezi uživateli opiátů jsou tak značné rozdíly ve spotřebě stříkaček. Uživatelé Subutexu totiž ročně spotřebují 2x více stříkaček než uživatelé heroinu. Uživatelé kombinace drog zase spotřebují téměř 3x více stříkaček než uživatelé pervitinu, přitom tato skupina uživatelů mnohdy kombinuje s jinými drogami právě pervitin (se Subutexem).

Tabulka 8: Četnost aplikace a spotřeba injekčního náčiní

| Primární droga | Průměrný počet užití ve dni, kdy užívá | Průměrná denní spotřeba | Průměrná týdenní spotřeba | Spotřeba za rok na 1 uživatele | Počet |
|-----------------------|--|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------|
| Kombinace | 4,4 | 5,0 | 35,0 | 1834,0 | 17 |
| Buprenorfin | 3,9 | 3,9 | 27,5 | 1433,9 | 44 |
| Heroin | 3,0, | 2,2 | 15,1 | 787,3 | 16 |
| Pervitin | 2,3 | 1,8 | 12,8 | 667,4 | 68 |
| Metadon + Suprakain | 0,8 | 0,4 | 3,0 | 156,4 | 10 |
| Celkový průměr | 3,0 | 2,7 | 19,0 | 975,8 | |
| Celkový součet | 14,4 | 13,3 | 93,1 | 4879,0 | 155 |

Tabulka 9 znázorňuje týdenní spotřebu injekčních setů v typickém uživatelském týdnu v závislosti na uvedené primární droze. V podstatě se jedná o přepočet průměrné denní spotřeby na týdenní, tudíž nejvyšší až nejnižší spotřeba stříkaček odpovídá předchozí tabulce.

Jak ukazuje tabulka 9, jsou zde ale určité zajímavé informace ohledně minima a maxima použitých stříkaček za týden. Zajímavá je například maximální spotřeba stříkaček za týden u uživatelů buprenorfinu, konkrétně 103 stříkaček za týden.

Tabulka 9: Týdenní spotřeba stříkaček dle primární drogy

| Primární droga | Průměrná týdenní spotřeba | Minimum z týdenní spotřeby | Maximum z týdenní spotřeby | Směrodatná odchylka z týdenní spotřeby | Počet osob |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|--|------------|
| Kombinace | 34,96 | 1 | 72 | 20,13 | 17 |
| Buprenorfin | 27,52 | 1 | 103 | 20,53 | 44 |
| Heroin | 15,11 | 2 | 35 | 7,62 | 16 |
| Pervitin | 12,84 | 0,07 | 86 | 15,87 | 68 |
| Metadon +Suprakain | 3,02 | 0,06 | 11,2 | 3,42 | 10 |
| Celkový součet | 19,03 | 0,06 | 103 | 18,96 | 155 |

8.6.1 Typický uživatelský týden

Respondenti byli v rámci výzkumu dotazováni, zda byl pro ně poslední týden (na který byli v dotazníku tázáni ohledně spotřeby stříkaček, resp. počtu aplikací drogy) uživatelsky typický.

Tato otázka měla zabránit zkreslení dat a sloužila k tomu, abychom popisovali u uživatelů obraz jejich běžného uživatelského týdne. Tudíž aby nedošlo ke zkreslení celého výsledku výzkumu - spočítaná data ohledně spotřeby stříkaček jsou pro typický uživatelský týden.

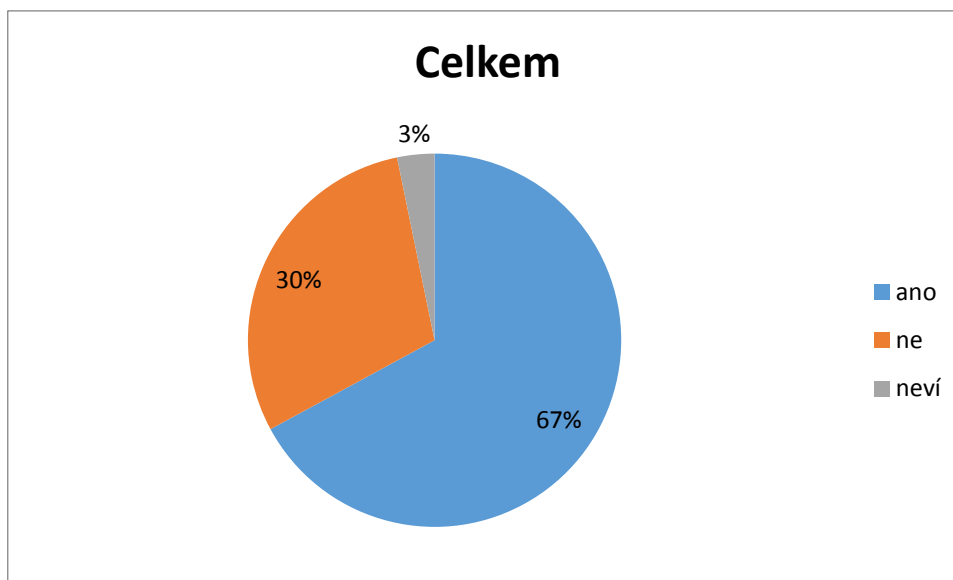
Jak znázorňuje Tabulka 10 a Graf 8, 102 respondentů (67 %) uvedlo, že týden, na který jsem se dotazovala ve výzkumu, byl pro ně typický. Naopak 46 dotázaných (30 %) uvedlo,

že poslední týden byl pro ně v užívání netypický a 5 osob (3 %) na otázku nedokázalo odpovědět.

Tabulka 10: Zobrazení typického uživatelského týdne v celých číslech

| Typický týden užívání | Počet |
|-----------------------|------------|
| Ano | 104 |
| Ne | 46 |
| Neví | 5 |
| Celkový součet | 155 |

Graf 8: Zobrazení typického uživatelského týdne v procentech (%)



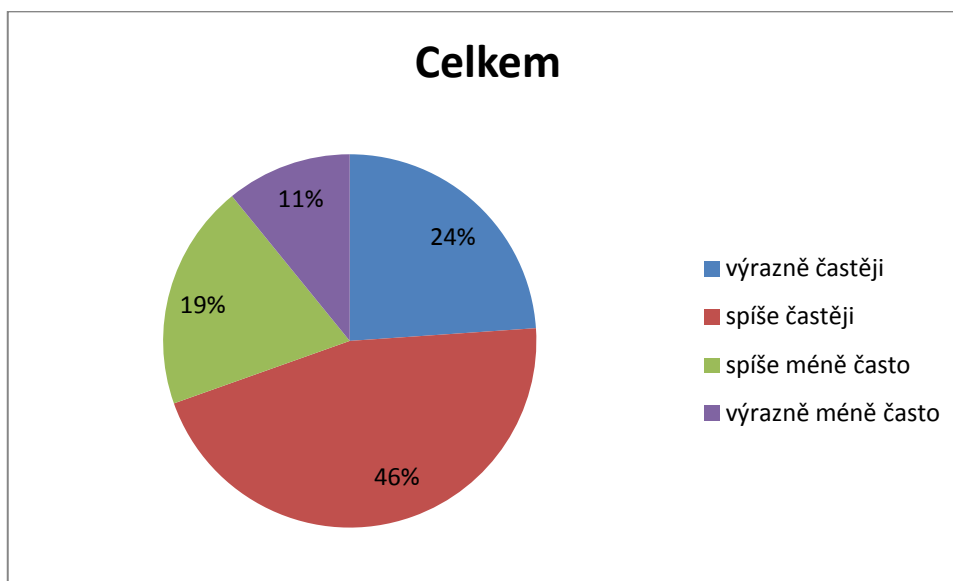
Respondenti, kteří uvedli, že poslední týden typický nebyl, mohli pomocí škály (viz. Tabulka 11 a Graf 9) upřesnit, jak jejich typický uživatelský týden vypadá. Častěji ve svém typickém týdnu užívá naprostá většina respondentů (v součtu 70 %), z toho 11 osob výrazně častěji a 21 osob spíše častěji. Zbýlých 30 % osob obvykle užívá spíše / výrazně méně často.

Po této otázce měli respondenti možnost uvést počty aplikací v jednotlivé dny jejich typického týdne. S těmito údaji jsem pracovala při výpočtu celkové spotřeby stříkaček.

Tabulka 11: Upřesnění typického uživatelského týdne v celých číslech

| Upřesnění | Počet |
|-----------------------|-----------|
| Výrazně častěji | 11 |
| Spíše častěji | 21 |
| Spíše méně často | 9 |
| Výrazně méně často | 5 |
| Celkový součet | 46 |

Graf 9: Upřesnění typického uživatelského týdne v procentech (%)



Všichni respondenti byli dále dotázáni, nakolik procent jsou si jisti svými odpověďmi týkajícími se četnosti injekčních aplikací v posledním, eventuálně typickém týdnu. Jak znázorňuje Tabulka 12, nejvíce klienti (97 osob) uváděli, že si jsou svými odpověďmi jistí na 100 %. Celkově se jistota odpovědí pohybovala ve vysokých procentech. Pouhých 8 respondentů si v odpovědích příliš nevěřila a 2 respondenti své odpovědi nebyli schopni procentuálně posoudit.

Tabulka 12: Jistota odpovědi v počtu aplikací v celých číslech

| Jistota odpovědi | Počet uživatelů |
|-----------------------|-----------------|
| 6% | 1 |
| 30% | 1 |
| 40% | 2 |
| 50% | 4 |
| 65% | 1 |
| 70% | 6 |
| 80% | 11 |
| 85% | 3 |
| 90% | 16 |
| 95% | 3 |
| 98% | 4 |
| 99% | 4 |
| 100% | 97 |
| Neuvedlo | 2 |
| Celkový součet | 155 |

Odpověď na výzkumnou otázku 1:

Průměrná týdenní spotřeba injekčních stříkaček dle primární drogy v tomto výzkumu vyšla následovně:

Uživatelé *kombinace* drog (kteří nepreferují žádnou drogu jako svou primární) spotřebují průměrně 35 stříkaček za týden a 1 834 stříkaček ročně.

Uživatelé *buprenorfinu* týdně spotřebují 27,5 injekčních setů, to znamená 1 434 kusů za rok.

Uživatelé *heroinu* vykazují průměrně 15 spotřebovaných stříkaček týdně, což znamená celkově v průměru 787 setů za rok a uživatele.

Uživatelé, kteří jako svou primární drogu preferují *pervitin*, mají spotřebu mírně nižší, průměrně 13 jehel týdně a za rok toto číslo činí 667 setů.

Nejméně stříkaček za 1 týden spotřebují uživatelé *metadonu* (pro užití jiných nelegálních návykových látek) a uživatel *suprakainu*. Tito jedinci potřebují průměrně 3 kusy injekčního náčiní týdně, tedy pouhých 156 kusů ročně.

Celková průměrná spotřeba stříkaček na 1 uživatele jakékoliv primární drogy vychází na 19 kusů za týden, za rok potom 976 injekčních setů.

8.7 Jak často dochází v rámci aplikace ke sdílení injekční stříkačky s jinou osobou?

Tabulka 13 ukazuje, že 141 respondentů (91 %) v posledním uživatelském týdnu stříkačku s nikým nesdílelo. Naopak sdílení injekčního náčiní s jinou osobou uvedlo 13 osob (8 %) a 1 respondent si nemohl vzpomenout. Klienti byli v rámci otázky týkající se sdílení dotázáni i na frekvenci s jakou v posledním týdnu sdíleli stříkačku (kolikrát v týdnu výzkumu jehlu sdíleli s někým jiným). Na tuto otázku 1 sdílející klient nevěděl odpověď (viz. Tabulka 14). Zbylí respondenti, kteří potvrdili, že jehly sdíleli, vykazovali odpovědi, které znázorňuje Tabulka 15. Nejčastěji respondenti sdíleli stříkačku 1x (5 osob), avšak zastihla jsem i jedince, který uvedl, že v posledním týdnu sdílel injekční jehly s další osobou dokonce 20,5x.

Tabulka 13: Sdílení injekčních stříkaček v posledním týdnu v celých číslech a procentech

| Sdílení stříkaček | Počet | Procenta |
|-----------------------|------------|-------------|
| Ano | 13 | 8,4% |
| Ne | 141 | 91,0% |
| Neví | 1 | 0,7% |
| Celkový součet | 155 | 100% |

Tabulka 14: Četnost sdílení injekčních stříkaček v posledním týdnu v celých číslech

| Sdílení jehly s někým | Počet osob |
|----------------------------|------------|
| Odpovědělo | 12 |
| Odpověď nevěděl | 1 |
| Celkový součet osob | 13 |

Tabulka 15: Konkrétní četnost sdílení injekčních stříkaček v posledním týdnu v celých číslech

| Sdílení jehly s někým jiným | Frekvence v posledním týdnu | Počet osob |
|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| | 1x | 5 |
| | 1,5x | 1 |
| | 2x | 1 |
| | 5x | 1 |
| | 6x | 1 |
| | 7x | 1 |
| | 20,5x | 1 |
| | Neví | 1 |
| Celkový součet | 47 | 13 |

Z hlediska pohlaví sdílelo stříkačky více mužů, 9, oproti 4 ženám (Tabulka 16).

Tabulka 16: Sdílení injekčních stříkaček u mužů a žen v posledním týdnu v celých číslech

| Odpověď | Muž | Žena | Celkový součet |
|-----------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Neví | 1 | 0 | 1 |
| Ne | 104 | 37 | 141 |
| Ano | 9 | 4 | 13 |
| Celkový součet | 114 | 41 | 155 |

Odpověď na výzkumnou otázku 2:

Pražští injekční uživatelé drog ve větší míře injekční náčiní nesdílí. V posledním týdnu přiznalo sdílení jehly s další osobou pouhých 8 % respondentů, (kteří dohromady sdíleli 47 stříkaček) většinou se jednalo o mužské uživatele. Informace, že 91 % PUD stříkačky nesdílí je velice pozitivním zjištěním.

8.8 Jak často dochází k opakované aplikaci vlastní již nesterilní injekční stříkačkou?

Oslovení klienti nízkoprahových služeb byli dále dotázáni, zdali v posledním uživatelském týdnu použili opakovaně vlastní stříkačku (sdíleli svou vlastní jehlu. Tabulka 17 ukazuje, že téměř polovina (48 %) klientů pražských nízkoprahových služeb používá své stříkačky opakovaně. Zbylí respondenti (52 %) uvedli, že svou stříkačku v posledním týdnu nesdíleli.

Tabulka 17: Opakované použití vlastní nesterilní stříkačky u respondentů v posledním týdnu v celých číslech

| Opakované použití stříkaček | Počet | Procenta |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Ano | 75 | 48,39% |
| Ne | 80 | 51,61% |
| Celkový součet | 155 | 100% |

Z hlediska pohlaví kladně odpovědělo 53 mužů a 22 žen. To znamená, že více sdílí ženy než muži (ve vzorku mám totiž čtvrtinu žen a opakovaně používá stříkačku téměř polovina z nich).

Tabulka 18: Opakované použití vlastní nesterilní stříkačky u mužů a žen v celých číslech

| Odpověď | Muž | Žena | Celkový součet |
|-----------------------|------------|-----------|----------------|
| Ne | 61 | 19 | 80 |
| Ano | 53 | 22 | 75 |
| Celkový součet | 114 | 41 | 155 |

Frekvenci opakované aplikace vlastní stříkačkou dokázalo upřesnit 73 ze 75 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli kladně (viz. Tabulka 19). Nejčastěji klienti v posledním týdnu použili svou stříkačku 2x (20 osob) či 1x (12 osob). Frekvence sdílení vlastní stříkačky se v posledním týdnu pohybovala v rozmezí od 1 do 40.

Tabulka 19: Četnost opakované aplikace vlastní nesterilní stříkačkou v posledním týdnu v celých číslech

| Stav odpovědi ANO | Počet osob |
|----------------------------|------------|
| Odpovědělo | 73 |
| Odpověď nevědělo | 2 |
| Celkový součet osob | 75 |

Tabulka 20: Frekvence injekční aplikace opakovaně použitou vlastní stříkačkou v celých číslech

| Opakovaná aplikace | Frekvence v posledním týdnu | Počet osob | Celkem stříkaček |
|-----------------------|-----------------------------|------------|------------------|
| | 1x | 12 | 12 |
| | 1,5x | 2 | 3 |
| | 2x | 20 | 40 |
| | 2,5x | 4 | 10 |
| | 3x | 8 | 24 |
| | 3,5x | 1 | 3,5 |
| | 4x | 3 | 12 |
| | 4,5x | 2 | 9 |
| | 5x | 5 | 25 |
| | 5,5x | 1 | 5,5 |
| | 6x | 3 | 18 |
| | 7x | 1 | 7 |
| | 10x | 2 | 20 |
| | 12x | 2 | 24 |
| | 14x | 1 | 14 |
| | 20x | 1 | 20 |
| | 23x | 1 | 23 |
| | 30x | 2 | 60 |
| | 40x | 2 | 80 |
| | Neví | 2 | |
| Celkový součet | | 75 | 410 |

Odpověď na výzkumnou otázku 3:

Sdílení vlastní stříkačky v posledním týdnu uvedlo 48 % respondentů (75 osob), z toho téměř všichni (73 osob) dokázalo upřesnit, kolikrát k takovéto situaci došlo. Nejvíce osob (20) použilo svou již nesterilní stříkačku během tohoto týdne 2x. Nejnižší frekvence opakovaného použití vlastní stříkačky byla 1x (12 osob) a nejvyšší 40x (2 osoby). Dohromady těchto 73 klientů znovu použilo 410 injekčních stříkaček.

8.9 Jak často dochází k tomu, že uživatelé spotřebují pro jednu aplikaci více kusů injekčních stříkaček (setů)?

Respondenti tohoto výzkumu byli tázáni i na to, zdali se jim v posledním týdnu stala situace, že by k 1 úspěšné aplikaci drogy spotřebovali více kusů injekčních stříkaček. Téměř 2 třetiny z nich tento jev popřelo (63,9 %). Na druhé straně 56 dotázaných (36,1 %) klientů výměnných programů v Praze běžně potřebuje k 1 úspěšné aplikaci návykové látky více než 1 stříkačku (viz. Tabulka 21). Konkrétně se jednalo o 43 mužů a 13 žen (viz. Tabulka 22) a většina z nich si dokázala i vzpomenout na to, kolikrát k tomuto jevu za poslední týden došlo, a také byli schopni odhadnout, kolik v průměru potřebují injekčních stříkaček k 1 úspěšné aplikaci, pokud se jim injikovat drogu do žíly zrovna nedaří (viz. Tabulka 23 a Tabulka 24). Nejvíce osob (22) uvedlo, že k 1 úspěšné aplikaci potřebovali celkem 2 injekční stříkačky (resp. o 1 kus navíc). Nejvyšší počet stříkaček k 1 aplikaci byl 10 kusů (u 1 respondenta). Odpověď nedokázalo 6 klientů, avšak 1 z nich dokázal svou odpověď na tuto otázku upřesnit, že sice neví, kolikrát potřeboval více stříkaček a kolik kusů to průměrně činilo dohromady k 1 aplikaci, ale sdělil, že mohl použít za poslední týden cca o 21 kusů stříkaček navíc (kvalitativní poznámka).

Tabulka 21: Spotřeba více kusů injekčních stříkaček k 1 aplikaci

| Popisky řádků | Počet | Procento |
|-----------------------|------------|----------------|
| Ne | 99 | 63,9% |
| Ano | 56 | 36,1% |
| Celkový součet | 155 | 100,00% |

Tabulka 22: Spotřeba více kusů injekčních stříkaček k 1 aplikaci u mužů a žen v celých číslech

| Odpověď | Muž | žena | Celkový součet |
|-----------------------|------------|-----------|----------------|
| Ne | 71 | 28 | 99 |
| Ano | 43 | 13 | 56 |
| Celkový součet | 114 | 41 | 155 |

Tabulka 23: Četnost spotřeby více kusů injekčních stříkaček k 1 aplikaci v posledním týdnu v celých číslech

| Stav odpovědi ANO | Počet osob |
|----------------------------|------------|
| Odpovědělo | 51 |
| Odpověď nevědělo | 5 |
| Celkový součet osob | 56 |

Tabulka 24: Průměrná spotřeba injekčních stříkaček k 1 aplikaci v kusech

| Počet injekčních stříkaček na 1 aplikaci | Počet osob |
|--|------------|
| 2 | 22 |
| 2,5 | 8 |
| 3 | 7 |
| 3,5 | 3 |
| 4 | 4 |
| 4,5 | 1 |
| 5 | 3 |
| 6 | 1 |
| 10 | 1 |
| Neví | 6 |
| Celkový součet | 56 |

Odpověď na výzkumnou otázku 4:

Většina klientů pražských výměnných programů (63,9 %) nepotřebuje k 1 úspěšné aplikaci drogy více kusů injekčních stříkaček. Naopak 36,1 % klientů běžně potřebuje k 1 úspěšné aplikaci návykové látky více než 1 stříkačku. Tito klienti nejčastěji potřebují 2 injekční sety.

8.10 Jaký je podíl distribuce injekčního materiálu (nizkoprahovými programy) na spotřebě injekčních uživatelů?

8.10.1 Spotřeba pouze podle primární drogy

Tabulka 25 přináší přehled průměrného týdenního počtu spotřebovaných injekčních setů u 1 respondenta z hlediska jeho primární drogy (jak již bylo popsáno v rámci 1. výzkumné otázky v Tabulce 9).

Tutu hodnotu jsme převedli na všechny pražské uživatele pomocí koeficientu (vyšla nám týdenní spotřeba stříkaček všech pražských uživatelů) a následně vynásobili počtem týdnů v roce (52,14) a došli tak k celkové roční spotřebě stříkaček. Koeficient vycházel z údajů o počtu problémových uživatelů v Praze, uvedených ve Výroční zprávě za rok 2014 (Mravčík et al., 2015), kdy tento počet byl převeden na kategorie primárních drog, jak s nimi pracujeme v našem výzkumu.

Dle těchto propočtů vychází, že nejvíce kusů injekčních setů potřebují za týden všichni pražští uživatelé buprenorfinu (necelých 13 tisíc kusů). Všichni uživatelé pervitinu pohybující se v Praze spotřebují za 1 typický týden necelých 8 tisíc injekčních setů a uživatelé, kteří v tomto výzkumu uvedli, že užívají kombinaci drog, spotřebují dle našich přepočtů, celkem 6 tisíc setů týdně. Celkem všichni pražští problémoví uživatelé všech drog spotřebují za týden 303,5 tisíce kusů jehel. Za rok toto číslo pro Prahu činí 15,8 milionů stříkaček.

Tabulka 25: Průměrná spotřeba injekčních stříkaček dle primární drogy

| | Průměrná celková týdenní spotřeba | Celkem uživatelů v Praze | Týdenní spotřeba za všechny | Roční spotřeba za všechny |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Heroin | 15,1 | 2064,5 | 31193,5 | 1 626 429,1 |
| Buprenorfin | 27,5 | 4707,1 | 129557,5 | 6 755 128,1 |
| Pervitin | 12,8 | 6193,5 | 79508,5 | 4 145 573,2 |
| Metadon+Suprakain | 3,0 | 1012,9 | 3063,8 | 159 746,5 |
| Kombinace | 35,0 | 1721,9 | 60191,8 | 3 138 400,5 |
| Celkem | 19, 0 | 15700 | 303515,1 | 15 825 277,4 |

8.10.2 Spotřeba pouze podle frekvence návštěv

Pokud se na spotřebu stříkaček podíváme z hlediska typologie uživatelů z hlediska frekvence jejich návštěv výměnných programů (KC/TP), tak nám vychází, že největší spotřebu stříkaček mají klienti, kteří navštěvují takovýto program 2-3x týdně. Tito klienti týdně spotřebují téměř 8 tisíc injekčních setů. Jen o něco méně kusů stříkaček (7,5 tisíc kusů) potřebují na týden pražští uživatelé, kteří jsou v kontaktu s programy alespoň jednou

týdně. Dle očekávání mají nejmenší spotřebu (necelé 3 tisíce kusů jehel) ti klienti, kteří si chodí své injekční náčiní měnit v průměru jen jednou za měsíc. Celkové číslo za všechny uživatele v Praze a za 1 rok z hlediska frekvence návštěv pak vychází na 14,9 milionů kusů stříkaček (viz. Tabulka 26).

Zde jsme taktéž došli k výpočtům za pomoci koeficientů a několika stupňů aritmetických propočetů. Průměrná celková týdenní spotřeba je počet spotřebovaných stříkaček u našeho výzkumného vzorku přepočítaný dle frekvence návštěv výměnné služby daného respondenta (na frekvenci návštěv jsem se v dotazníku tázala). Celkový počet uživatelů v Praze je zas dopočítán za pomoci údajů o rozložení klientů v jednotlivých službách dle jejich frekvence návštěv (tato data mi poskytla všechna zařízení, ve kterých jsem výzkum prováděla) a vynásoben pomoci koeficientu tak, aby číslo odpovídalo údajům ve Výroční zprávě za rok 2014 (Mravčík et al., 2015).

Tabulka 26: Průměrná spotřeba injekčních stříkaček dle frekvence návštěv

| Frekvence návštěv | Průměrná týdenní spotřeba | Uživatelů celkem v Praze | Celková týdenní spotřeba | Celková roční spotřeba |
|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1x v měsíci | 10,6 | 2640,4 | 27949,3 | 1 457 356 |
| 2-3x v měsíci | 16,4 | 2722,5 | 44750,2 | 2 333 405 |
| Alespoň 1x týdně | 20,3 | 3707,7 | 75358,2 | 3 929 394 |
| 2-3x týdně | 21,3 | 3733,6 | 79642,7 | 4 152 798 |
| Obden a častěji | 20,5 | 2895,7 | 59445,6 | 3 099 662 |
| Celkem | 19,0 | 15700 | 287 146 | 14 972 614 |

8.10.3 Spotřeba podle typu drogy a frekvence návštěv

V následující tabulce (Tabulka 27) je popsána spotřeba stříkaček již z hlediska 2 proměnných – frekvence návštěv a primární drogy. Výsledky jsou uváděny jako spotřeba ideálního výzkumného souboru, ke kterému jsme se dopočítali pomocí kombinace koeficientů, kdy jsme vážili jak poměry respondentů v mém výzkumném souboru, tak rozložení respondentů dle údajů, které nám poskytly jednotlivé navštívené služby a konečně i za pomoci dat z Výroční zprávy za rok 2014 (Mravčík et al., 2015).

Jak ilustruje Tabulka 27, tak nejvíce jehel za týden (449) spotřebují uživatelé buprenorfnu, kteří jsou v kontaktu s výměnnými programy alespoň jednou týdně. Druhou nejvyšší spotřebu (433 jehel) vykazují taktéž uživatelé buprenorfinu, tentokrát ti, kteří přijdou do kontaktu s nízkoprahovými programy 2-3x týdně. Třetí nejvyšší spotřebu (247) mají uživatelé pervitinu, kteří navštěvují tyto služby obden a častěji. Naopak nejméně jehel potřebují uživatelé metadonu a suprakainu. Pokud sečteme všechna výsledná data, vychází, že tento ideální výzkumný soubor problémových uživatelů spotřebuje týdně dohromady 2 835 injekčních setů. Za celou Prahu to pak týdně činí 287 146 respektive 295 794 injekčních setů (čísla se liší proto, že jde o různé výpočty - jednou byl počítán součet

součinů a podruhé součin součtů, tj. v jednom případě jsme nejprve čísla násobili a výsledky sečetli, a podruhé nejprve výsledná data sečetli a pak násobili).

Tabulka 27: Celková týdenní spotřeba ideálního výzkumného souboru podle primární drogy a frekvence návštěv zařízení

| | Buprenorfin | Heroin | Kombinace | Metadon + Suprakain | Pervitin | Celkem |
|--------------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------|----------------|-----------------|
| 1x v měsíci | 45,2 | 79,1 | 101,7 | 0,0 | 50,0 | 275,9 |
| 2-3x v měsíci | 128,2 | 59,7 | 103,4 | 1,6 | 149,0 | 441,8 |
| Alespoň 1x týdně | 448,8 | 127,2 | 89,8 | 3,9 | 74,2 | 744,0 |
| 2-3x týdně | 433,2 | 17,4 | 154,8 | 16,9 | 164,1 | 786,3 |
| Obden a častěji | 193,3 | 24,2 | 116,9 | 5,2 | 247,3 | 586,9 |
| Celkem | 1248,7 | 307,5 | 566,6 | 27,5 | 684,5 | 2834,9 |
| | | | | | | |
| Individuální spotřeba | 28,4 | 19,2 | 33,3 | 2,8 | 10,1 | 18,3 |
| Přepočet na celou Prahu | 133587,9 | 39683,7 | 57387,8 | 2786,2 | 62348,4 | 287146,0 |

8.10.4 Spotřeba podle zařízení a frekvence návštěv

Tabulka 28 slouží k popisu spotřeby stříkaček také z hlediska kombinace proměnných – dle jednotlivých programů, kde byl výzkum prováděn, a frekvence návštěv klientů. Popisovány jsou opět výsledky, které by platily pro ideální výzkumný soubor za využití dat ze služeb, mého výzkumu a VZ 2014 (Mravčík et al., 2015).

Jak lze pozorovat, tak nejvíce jehel spotřebují klienti terénního programu Sananim, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými službami buď 2-3x za týden (368 kusů jehel) či dokonce obden a častěji (320 kusů). Individuální nejvyšší spotřebu mají však klienti TP Dropin (25,5 kusů), avšak klienti TP Sananim mají individuální spotřebu stříkaček jen nepatrně nižší (24,5).

Celkem by klienti ideálního výzkumného souboru vykazovali týdenní spotřebu 2 362 stříkaček. Pokud to pak přepočítáme na všechny pražské injekční uživatele, dojdeme k číslu 265 711 injekčních setů za týden.

Tabulka 28: Celková týdenní spotřeba ideálního výzkumného souboru podle zařízení a frekvence návštěv

| | KC Dropi n | KC Progres sive | KC Sanani m | TP Dropin | TP Progres sive | TP Sananim | Celkem |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|----------------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| 1x v měsíci | 25,2 | 10,5 | 61,9 | 94,9 | 80,9 | 4,2 | 277,6 |
| 2-3x v měsíci | 86,2 | 31,9 | 81,0 | 55,6 | 65,8 | 105,7 | 426,1 |
| Alespoň 1x týdně | 11,8 | 80,0 | 11,6 | 20,6 | 89,1 | 234,4 | 447,6 |
| 2-3x týdně | 62,0 | 52,8 | 129,2 | 41,3 | 8,6 | 365,7 | 659,5 |
| Obden a častěji | 22,6 | 22,4 | 83,6 | 67,7 | 35,0 | 320,0 | 551,3 |
| Celkem | 207,8 | 197,6 | 367,3 | 280,0 | 279,4 | 1030,0 | 2362,1 |
| | | | | | | | |
| Individuálně | 5,9 | 19,8 | 9,7 | 25,5 | 14,7 | 24,5 | 100,0 |
| Celkem na celou Prahu | 8141,5 | 29113,9 | 41478,2 | 39797,3 | 36699,8 | 110479,9 | 265710,6 |

8.10.5 Týdenní a roční spotřeba dle více proměnných - souhr

Tabulka 29 zobrazuje přehledněji údaje, ke kterým jsme došli v předchozích 2 tabulkách a přidanou hodnotou je přepočet těchto dat na celkovou roční spotřebu 2 použitých přístupů, kdy jsme v každém použili kombinací 2 proměnných.

Tabulka 29: Týdenní a roční spotřeba stříkaček - souhrn

| Celkem Praha | Týdenní | Roční |
|--|---------|------------|
| Spotřeba podle typu drogy a frekvence návštěv | 295 794 | 15 423 544 |
| Spotřeba podle zařízení a frekvence návštěv | 265 711 | 13 854 912 |

8.10.6 Jaký je podíl distribuce injekčního materiálu (nizkoprahovými programy) na spotřebě injekčních uživatelů? - odpověď

V této kapitole jsme se věnovali propočtům celkové roční spotřeby injekčních stříkaček u všech pražských uživatelů, a to rovnou z několika různých hledisek. Následující tabulka (Tabulka 30) je shrnutím, k jakým výsledkům jsme se dopracovali. Je zde uvedeno také to, kolik injekčních setů bylo skutečně distribuováno pražskými výměnnými programy v roce 2014 dle oficiálních údajů zveřejněných ve Výroční zprávě za rok 2014 (Mravčík et al., 2015). Jak lze spatřit, tak podíl distribuce injekčního materiálu na spotřebě stříkaček (uváděné pražskými uživateli) je dosti nízký a pohybuje se v rozmezí od 16,6% do 19,0%. Více se těmito výsledkům budu věnovat v následující kapitole – Diskuze.

Tabulka 30: Podíl distribuce injekčních stříkaček za rok 2014

| | Počet stříkaček distribuce Praha (2014) | Počet stříkaček, spotřeba Praha za rok | Podíl distribuce na spotřebě v Praze (%) |
|---|---|--|--|
| Spotřeba pouze podle primární drogy | 2 634 300 | 15 825 277 | 16,6% |
| Spotřeba pouze podle frekvence návštěv | 2 634 300 | 14 972 614 | 17,6% |
| Spotřeba podle typu drogy a frekvence návštěv | 2 634 300 | 15 423 544 | 17,1% |
| Spotřeba podle zařízení a frekvence návštěv | 2 634 300 | 13 854 912 | 19,0% |

9 DISKUZE

V této diplomové práci jsem se snažila o co nejpřesnější odhad spotřeby injekčních stříkaček u klientů pražských nízkoprahových služeb. Cíl byl naplněn, avšak je potřeba se nad celou realizací výzkumu a zjištěnými výsledky ještě pozastavit.

9.1 Sběr dat

Při realizaci výzkumu bylo mou snahou dojít k co nejvěrnějšímu obrazu frekvence aplikace drogy u respondentů a na základě dalších otázek zjistit jejich reálnou spotřebu stříkaček. Avšak mnohdy docházelo k nepochopení kladeným otázkám týkajícím se počtu stříkaček spotřebovaných k 1 aplikaci a také k tomu, že si klienti nebyli schopni vybavit počty aplikací drogy a další informace, které se vztahovaly k jednotlivým dnům posledního týdne. Proto se snažili alespoň o odhad toho, jak jejich užívání nejspíše vypadalo, nebo alespoň snaha o přiblížení toho, jak typicky jejich uživatelský týden vypadá. Mohlo to být způsobeno jednak samotným užíváním drog a jejich intoxikací (dále i vlivem drog na jejich paměťové a kognitivní funkce), která má za následek zkreslené vnímání času a také tím, že většina PUD žije na ulici, nepracuje a to, jaký je den v týdnu pro ně nehraje zásadní roli. Proto mnohdy pomohlo to, že jsem zmínila nějakou znatelnou událost, která mi přišla jako záchytný bod pro daný týden (například ve středu napadl sníh/pršelo) a od toho se mohlo vzpomínání klientů lépe odvíjet.

Dále i přes snahu zjistit, jestli klienti používají k 1 aplikaci drogy pouze jednu stříkačku, mohlo dojít ke zkreslení dat tím, že klient sice použije k 1 aplikaci 2 stříkačky (1 pro rozdělání drogy a jednu k samotné aplikaci), avšak je zde možnost, že při příští aplikaci použije některou ze stříkaček znovu (například tu, ve které si drogu rozpouštěl, použije znovu k přípravě roztoku, či jí použije k aplikaci látky).

Další možné zkreslení při sběru dat mohlo být způsobeno tím, že užívání drog je velice individuální a záleží na mnoha aktuálních proměnných (finance, nemoc, nálada, dostupnost drogy apod.).

Zhoršená paměť u uživatelů drog představovala problém i v otázkách sdílení a opakovaného použití stříkačky. Respondenti si ve většině případů byli schopni vzpomenout, zdali injekční stříkačku s někým sdíleli, nebo ji použili vícekrát, ale nedovedli již blíže určit, kolikrát k takovému jevu došlo.

Odpovědi mohlo dále ovlivnit to, že klienti chtěli mít dotazník co nejrychleji vyplněný, či se jim nechtělo vzpomínat, a tak mohli pouze „střílet“ požadované odpovědi, jak je zrovna napadlo. Avšak na druhou stranu bych ráda zmínila fakt, že mnoho klientů považovala svou účast ve výzkumu za užitečnou a bylo vidět, že na tom, aby odpověděli co nejvíce pravdivě jim skutečně záleželo.

9.2 Sociodemografické údaje respondentů

Průměrný věk respondentů mého výzkumného souboru byl 36 let, což se příliš neodchyluje od údajů ve výroční zprávě, která uvádí, že průměrný věk u PUD se pohybuje mezi 30 a 32 roky života (Mravčík et al., 2015). Výroční zpráva Sananimu uvádí průměrný věk svých klientů 32 až 33 let (Sananim, 2015). Ostatní organizace ve svých VZ průměrný věk svých klientů neuvádí.

Zastoupení klientů dle pohlaví taktéž odpovídá běžnému rozložení klientů nízkoprahových služeb, kdy ženy tvoří třetinu a muži zbylé 3 čtvrtiny klientely (Radimecký, 2007).

Nejvíce preferovanou primární drogou byl pervitin, který uvedlo 44 % respondentů, uživatelé opiátů představovali v součtu necelých 39 %. Toto číslo se liší od dat ve VZ z toho důvodu, že pro účel této práce byli PUD jinak dělení a čísla z VZ byla přepočítána i mezi uživatele kombinace drog a uživatele metadonu + suprakainu. Kombinace drog či zejména příležitostní injekční uživatelé drog, kteří jsou v léčbě na perorálně podávaném metadonu (kteří však berou za svou hlavní drogu metadon) tvořili poměrně hojně zastoupené a svým způsobem charakteristické skupiny uživatelů, že pro ně byly v rámci tohoto výzkumu vytvořeny zvláštní kategorie. Avšak ke zkreslení výsledných dat pro kategorii metadon + suprakain mohlo dojít z důvodu, že jediný uživatel suprakainu přiřazený k uživatelům metadonu zvyšoval celkový počet aplikací a spotřebovaných injekčních stříkaček, jelikož oproti uživatelům metadonu měl znatelně vyšší spotřebu stříkaček (3 denně).

Překvapením pro mne bylo zjištění, že 30 % respondentů užívá heroin (ať jako primární drogu, či jako drogu vedlejší. Při mém výzkumu k bakalářské práci (Provazníková, 2013) jsem se s užíváním heroínu téměř nesetkala, jelikož většina respondentů uváděla, že heroin již v české republice není, tudíž od té doby nejspíše došlo k obnovení dovozu této návykové látky do Čech.

9.3 Výzkumné otázky

Průměrná denní spotřeba stříkaček, dle jednotlivých primárních drog v kontextu typického uživatelského týdne byla nejvyšší u uživatelů kombinace drog. Tito uživatelé za 1 den spotřebují v průměru 5 stříkaček. Tato vysoká spotřeba mohla vyplynout například z toho, že většina respondentů, si jednotlivé typy drog aplikují zvlášť vždy v čisté stříkačce a ve svém výzkumném vzorku jsem se často nesetkávala s klienty, kteří kombinaci drog užívali formou „speedball“. Otázka týkající se užívání více drog současně jednou jehlou byla součástí dotazníku, avšak nebyla ve výsledcích zpracována z důvodu její špatné formulace a častého nepochopení ze strany klientů.

Vysokou spotřebu uváděli i uživatelé buprenorfinu (Subutex či Suboxone), průměrně 3,9 injekčních stříkaček denně. Další skupina uživatelů opiátů, uživatelé heroínu pak spotřebují 2,2 injekčních setů za den. Tento fakt mohl být dán především tím, že uživatelé opiátů potřebují vzhledem k abstinenčnímu syndromu, do těla vpravovat látku pravidelně, na rozdíl od uživatelů pervitinu, kteří většinou užívají v tzv. tazích a dny odpočinku a

neužívání drogy svým způsobem potřebují. Uživatelé buprenorfinu (především Subutexu) mohou mít vyšší počet aplikací denně a vyšší spotřebu stříkaček způsobenou také z důvodu, že si tablety Subutexu často půlí či čtvrtí, tudíž tento substituční preparát aplikují častěji. Uživatelé heroinu jsou obecně typičtí tím, že mají svou dávku, kterou aplikují ráno a večer, aby zamezili abstinenčnímu syndromu. Ráno si aplikují, aby mohli „fungovat“ a shánět finance na další dávku, což jim zabere povětšinou dost velkou část dne (proto si ráno aplikují dávku, aby jim vystačila na tento každodenní koloběh).

Průměrná spotřeba stříkaček uživatelů pervitinu se pohybuje v průměru 1,8 stříkaček za den a uživatelé metadonu (+ 1 uživatel suprakainu) spotřebují průměrně jen 0,4 kusů injekčních setů denně. Jak jsem již výše zmínila, uživatelé metadonu byli v mém výzkumu specifický vzorek respondentů. Byli to lidé, kteří docházeli do metadonového programu, tudíž byli „stabilizováni“ dávkou tohoto preparátu, avšak občas si chtěli „zpestřit“ život i intravenózním užitím nějaké „opravdové“ drogy – především pervitinu. Lidé v metadonovém programu mají zakázáno užívat nelegální návykové látky, jelikož jsou namátkově testováni a za porušení jim hrozí vyloučení z programu. Někteří uživatelé mi proto informace sdělovali s notnou obezřetností, aby se tato informace neprovalila (což však vzhledem k tomu, že jsem dělala výzkum pouze s uživateli, kteří si intravenózně aplikovali v posledním roce, působí poněkud paradoxně). Celkově mě však překvapilo, že tito klienti byli ochotní se do výzkumu zapojit a přiznat tak vlastně své porušování metadonového programu. Avšak uživatelé metadonu byli typičtí tím, že užívali jen nárazově, několik dní v měsíci, tudíž jejich četnost injekčních aplikací a spotřeba stříkaček se pohybovala na velmi nízké rovině.

Zajímavé informace se objevily i v souvislosti s minimem a maximem použitých stříkaček za týden. Například maximální spotřeba stříkaček za týden u uživatelů buprenorfinu ukázala, že některý z uživatelů tohoto preparátu, běžně spotřebuje za týden 103 stříkaček. Zde se může jednat o špatnou informaci ze strany klienta, či tento klient spotřebuje k 1 aplikaci mnoho stříkaček, například z důvodu špatného žilního systému. Minimální spotřeba například u pervitinistů a metadonistů může být pak způsobena tím, že mezi mými respondenty se vyskytli i jedinci, kteří aktuálně návykové látky neužívají, ale v posledním roce ještě nějaký čas injekčně aplikovali (tudíž patřili k mému souboru a jejich spotřeba stříkaček byla propočtena do celého roku).

Pražští injekční uživatelé drog ve větší míře injekční náčiní nesdílí. V posledním týdnu přiznalo sdílení jehly s další osobou pouhých 8 % respondentů a většinou se jednalo o mužské uživatele. To však mohlo být způsobeno vyšším zastoupením mužů ve výzkumném vzorku. Informace, že 91 % PUD stříkačky nesdílí je velice pozitivním zjištěním, avšak nastává zde otázka, nakolik jsou respondenti ochotni své sdílení přiznat. Z několika výzkumů, které v České republice proběhly mezi PUD, totiž vyplynulo, že injekční stříkačku někdy sdílí značně více uživatelů, než vyšlo v mé diplomové práci. Například v posledních 4 týdnech sdílelo 31,4 % PUD (Vejrych, Minařík, 2012), dle výzkumu mezi klienty TP Sananim sdílí stříkačky 29 % klientů (Herzog, n.d.).

Odhad distribuce na spotřebě injekčních stříkaček byl proveden z několika hledisek a za použití několika koeficientů, kdy jsme vážili data o respondentech na základě několika zdrojů informací a došli jsme k výsledkům, které odpovídaly spotřebě ideálního výzkumného souboru. Dle našich propočtů vychází, že všichni pražští injekční uživatelé drog spotřebují od 14 do 16 milionů stříkaček za rok. To znamená, že i přes naše propočty, kterými jsme se dopracovali k výsledkům pro ideální soubor, nám podíl distribuce injekčního materiálu na spotřebě stříkaček (uváděné pražskými uživateli) vyšel na dosti nízké úrovni. Dle výpočtů v tomto výzkumu se podíl distribuce pohybuje v rozmezí od 16,6% do 19,0%. Pokud totiž sečteme údaje ze všech 3 nízkoprahových programů, vychází celkový počet distribuovaných stříkaček 2,6 milionů (Sananim, 2015; Progressive, 2015, Dropin, 2015). Obdobné údaje uvádí i VZ 2014 (Mravčík et al., 2015).

Otázkou proto zůstává, čím k takovýmto rozdílným údajům dochází.

Herzog, Matoušek & Matoušek (2007) uvádí, že zdroje materiálu v lokalitě nemusí být pouze z výměnných programů, ale může se jednat i o materiál nakoupený v místních lékárnách, či injekční materiál přivezený odjinud. Navíc do spotřeby injekčních setů vstupuje ještě faktor sdílení injekčního materiálu, který celkovou spotřebu snižuje. Dalším důležitým faktorem je i to, že v nízkoprahových službách máme větší pravděpodobnost při realizaci výzkumů natrefit na klienty, kteří program využívají častěji. U těchto klientů i dle výsledků mého výzkumu dochází k vyšší frekvenci injekčních aplikací, spotřebují více stříkaček a celkově mohou výslednou spotřebu značně zvyšovat (Herzog et al., 2007).

Toto mohou být významné objektivní faktory, proč i v tomto výzkumu vychází rozdílné informace o spotřebě a distribuci stříkaček. Avšak na druhé straně zde stále zůstávají faktory na straně klienta – jeho subjektivní vnímání spotřeby, paměť, obava a stud přiznat sdílení či naopak přehánění ohledně frekvence jeho užívání.

Celkově výsledky této diplomové práce považuji za užitečné, avšak je potřeba ve výzkumech týkající se spotřeby nadále pokračovat a zlepšovat nástroje, aby výsledná data nevycházeli takto rozdílně.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické. V teoretické části bylo pracováno s důležitými pojmy, které slouží pro lepší pochopení významu výzkumu a zasazení daného tématu do celkového kontextu.

V praktické části jsem se věnovala zpracování dat získaných pomocí dotazníkového šetření, které jsem realizovala v pražských nízkoprahových službách poskytujících výměnu injekčního materiálu (3 kontaktní centra a 3 terénní programy).

Hlavním cílem této práce bylo co nejvěrněji odhadnout celkovou roční spotřebu injekčních stříkaček u problémových uživatelů drog, kteří se pohybují na území hlavního města Prahy (dle prevalenčních odhadů pro dané území).

Výsledky ukazují, že spotřeba injekčních stříkaček u problémových uživatelů drog v Praze opět mnohonásobně převyšuje distribuci uváděnou Výroční zprávou 2014. Nízkoprahové programy totiž distribuují pouze 16,6 % až 19 % ze spotřebovaného materiálu, který dle výsledků výzkumu pražští injekční uživatelé ročně spotřebují. Tato informace dává prostor k zamyšlení, proč k tomuto závěru dochází opakovaně. I při realizaci obdobného výzkumu v minulých letech kolegyně Švůgerovou, bylo totiž zjištěno, že pražské výměnné programy pokrývají jen část (17 %) spotřeby injekčního materiálu.

Bylo by proto vhodné zrevidovat použitý dotazník a tento výzkum opět opakovat. Pokud by však reálná spotřeba opět mnohonásobně převyšovala distribuci, vyvstává zde otázka, zdali není potřeba rozšířit jednotlivé programy či podniknout jiná opatření ke zvýšení dostupnosti a distribuce injekčního materiálu (například osvěta lékárníků).

Domnívám se, že záměr této diplomové práce a především hlavní cíl byl uspokojivě naplněn.

11 POUŽITÉ ZDROJE

1. Disman, M. (1999). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Nakladatelství Karolinum.
2. Dropin (2015). Výroční zpráva za rok 2014. Praha: Dropin.
3. EMCDDA (2009a). An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z WWW: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN EMCDDA-PDU-overview.pdf.
4. EMCDDA (2009b) European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Souběžné užívání více drog: vzorce a opatření. In Výroční zpráva za rok 2009: stav drogové problematiky v Evropě. Embargo.
5. EMCDDA & Europol (2010). Metamfetamin (pervitin): Situace v EU a její globální kontext. Praha: Centrum Adiktologie a sdružení SCAN.
6. EMCDDA (2010) European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Trends in injecting drug use in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
7. EMCDDA (2012) European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Výroční zpráva za rok 2012: stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburg: Úřad pro publikace Evropské unie.
8. EMCDDA (2014) European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Evropská zpráva o drogách 2014 – trendy a vývoj. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2016-03-10]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001CSN.pdf>.
9. EMCDDA (2015) European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Heroin drug profile [online]. In EMCDDA.europa.eu [cit. 2016-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin>.
10. EMCDDA (2016) European Monitoring Centre of Drugs and Drug. Evropská zpráva o drogách 2016: Trendy a vývoj. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
11. Ferjenčík. J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
12. Füleová, A., Zónová, J. & Petrášová, B. (2015). Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.

13. Gluzová, J. (2014). Vzorce užívání buprenorfinu u klientů terénního programu Sananim. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova.
14. Herzog, A. (2016). Řešení drogového trhu v centru Prahy.[cit. 2016-04-10]. Dostupné z WWW: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5339.
15. Herzog, A. (n.d.). Nízkoprahové program a veřejné zdraví. Powerpointová prezentace. Praha: Sananim.
16. Herzog, A., Matoušek, P. & Matoušek, Z. (2007). Injekční kalkulátor jako nástroj práce s intravenózními uživateli návykových látek. *Adiktologie*, 7(1), 70-79.
17. Hope, V. (2010). Neglected infections, real harms: A global scoping of injection-related bacterial infections and responses. In Cook, C. et al. (2010). *The Global State of Harm Reduction 2010: Key Issues for Broadening the Response*. London: International Harm Reduction Association [cit. 2016-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.ihra.net/contents/535>.
18. Hrdina, P. (2003). Harm reduction – Snižování poškození drogami. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 263-268). Praha: Úřad vlády ČR.
19. Janíková, B. (2008). Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 99-110). Praha: Grada Publishing.
20. Jirešová, K., Javorková, S. (2003). Harm reduction v problematice injekčního užívání drog. Bratislava: OZ Odyseus
21. Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova o. s..
22. Kalina, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 15-24). Praha: Úřad vlády ČR.
23. Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 165-171). Praha: Úřad vlády ČR.
24. Litschmannová, M. (2009). Máme dotazníky a co dál? ŠKOMAM.
25. Mahrová, G. & Venglářová, M. et al. (2008). Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing.
26. Minařík, J., Hobstová, J. (2003a). Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 223-228). Praha: Úřad vlády ČR.

27. Minařík, J., Hobstová, J. (2003b). Somatické komplikace a komorbidita 2 – Infekční hepatitidy a AIDS. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (s. 229-232). Praha: Úřad vlády ČR.
28. Minařík, J. (2011). Cesty Subutexu k injekční aplikaci. Příspěvek na AT konferenci 2011 [online]. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z WWW: <http://at-konference.cz/archiv/2011-2/>.
29. Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), Klinická adiktologie (s. 49-83). Praha: Grada Publishing.
30. Minařík, J. & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina (Ed.), Klinická adiktologie (s. 232-246). Praha: Grada Publishing
31. Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. Adiktologie (7)4, 445-455.
32. Mravčík et al. (2014). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády České republiky.
33. Mravčík et al. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.
34. NIDA (2006) National Institute of Drug Abuse. Buprenorfine: Treatment for Opiate Adiction Right in the Doctors Office [online]. In Drugabuse.gov. [cit. 2015-12-10]. Dostupné z WWW: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/bupren.pdf>.
35. NMS (2004) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Injekční užívání drog. In Zaostrěno na drogy 2. Praha: Úřad vlády České republiky. užívání [online]. In Drogy-info.cz [cit. 2015-12-29]. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4629/598/200402%20injekcni%20uzivani_web.pdf.
36. NMS (2005) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Současné užívání několika drog, polymorfní užívání [online]. In Drogy-info.cz [cit. 2015-12-30]. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/s/soucasne_uzivani_nekolika_drog_polymorfni_uzivani.
37. NMS (2010a) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Aplikace [online]. In Drogy-info.cz [cit. 2016-01-12]. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=28#center_column.
38. NMS (2010b) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Výměna, výměnný program (exchange, exchange programme) [online]. In Drogy-info.cz [cit. 2016-01-12]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz>

info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/v/vymena_vymenny_program_exchange_exchange_programme.

39. NMS (2012) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC a EMCDDA. In *Zaostřeno na drogy 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
40. NTA (2010). *Dobrá praxe v harm reduction-učební texty*. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN
41. Pešek, M. (2013). Závislost na jehle: důvody pro injekční aplikaci drog – teoretický přehled [online]. In *Edekontaminace.cz* [cit. 2016-02-14]. Dostupné z WWW: <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/306/zavislost-na-jehle.html>.
42. Prevcentrum (n.d.a). Pervitin [online]. In *Prevcentrum.cz* [cit. 2015-12-20]. Dostupné z WWW: <http://www.prevcentrum.cz/Pervitin>.
43. Progressive (2015). *Výroční zpráva za rok 2014*. Praha: Progressive.
44. Provazníková, R. (2013). *Užívání pervitinu u klientů navštěvujících kontaktní centra v Praze*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova.
45. Radimecký, J. (2007a). Úvod do adiktologie – terminologie, modely a přístupy. In Radimecký, J. et al. (2007). *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Univerzita Karlova.
46. Radimecký, J. (2007b). Užívání drog a genderové rozdíly [online]. In *Adiktologie.cz* [cit. 2016-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/1049/Uzivani-drog-a-genderove-rozdily>.
47. Radimecký, J., Janíková, B. & Zábranský, T. (2009). *Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva*, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Praha: Úřad vlády České republiky.
48. Růžička, M., Wittmann, E., Procházka, R., & Gray, A. (2012). Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. In M. Růžička (Ed.), *Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu* (s. 22-41). Olomouc: P-centrum.
49. Sananim (2007). *Kontaktní centrum (KC) - Principy práce.užívání* [online] [cit. 2016-01-28]. Dostupné z WWW: [http://www.sananim.cz/kontaktni-centrum-\(kc\)/principy-prace.html](http://www.sananim.cz/kontaktni-centrum-(kc)/principy-prace.html).
50. Sananim (2015). *Výroční zpráva za rok 2014*. Praha: Sananim.

51. SZÚ (2015) Státní zdravotní ústav. Tisková zpráva národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS. Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2014 [online]. In Szu.cz [cit. 2016-02-27]. Dostupné z WWW: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2014/Tisková_zpráva_NRL_pro_HIVAIDS_12.2014.pdf.
52. Švůgerová, H. (2015). Spotřeba injekčního materiálu klienty pražských harm reduction služeb v závislosti na vzorcích užívání. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
53. Thanki, D. & Vicente, J. 2013. PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
54. Vejrych, T., Minařík, J. (2012). Výsledky projektu Imp.Ac.T. [PowerPoint slides]. Praha: Univerzita Karlova.[online]. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z WWW: <http://edekontaminace.cz/clanek/2/245/konference-imp-ac-t.html>.

12 PŘÍLOHY

12.1 Seznam tabulek

| | |
|--|-----------|
| <i>Tabulka 1: Pohlaví respondentů dle zařízení</i> | <i>47</i> |
| <i>Tabulka 2: Věkové složení respondentů</i> | <i>49</i> |
| <i>Tabulka 3: Úroveň vzdělání respondentů v celých číslech.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Tabulka 4: Délka injekčního užívání drog</i> | <i>50</i> |
| <i>Tabulka 5: Počet respondentů dle primární drogy</i> | <i>51</i> |
| <i>Tabulka 6: Další injekční užívání drog k droze primární v celých číslech</i> | <i>53</i> |
| <i>Tabulka 7: Počet všech respondentů, kteří užívají vybrané návykové látky v celých číslech ...</i> | <i>53</i> |
| <i>Tabulka 8: Četnost aplikace a spotřeba injekčního náčiní</i> | <i>56</i> |
| <i>Tabulka 9: Týdenní spotřeba stříkaček dle primární drogy</i> | <i>56</i> |
| <i>Tabulka 10: Zobrazení typického uživatelského týdne v celých číslech</i> | <i>57</i> |
| <i>Tabulka 11: Upřesnění typického uživatelského týdne v celých číslech.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Tabulka 12: Jistota odpovědi v počtu aplikací v celých číslech</i> | <i>58</i> |
| <i>Tabulka 13: Sdílení injekčních stříkaček v posledním týdnu v celých číslech a procentech</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabulka 14: Četnost sdílení injekčních stříkaček v posledním týdnu v celých číslech</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabulka 15: Konkrétní četnost sdílení injekčních stříkaček v posledním týdnu v celých číslech.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabulka 16: Sdílení injekčních stříkaček u mužů a žen v posledním týdnu v celých číslech</i> | <i>61</i> |
| <i>Tabulka 17: Opakované použití vlastní nesterilní stříkačky u respondentů v posledním týdnu v celých číslech.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Tabulka 18: Opakované použití vlastní nesterilní stříkačky u mužů a žen v celých číslech.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Tabulka 19: Četnost opakované aplikace vlastní nesterilní stříkačkou v posledním týdnu v celých číslech.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Tabulka 20: Frekvence injekční aplikace opakovaně použitou vlastní stříkačkou v celých číslech</i> | <i>63</i> |
| <i>Tabulka 21: Spotřeba více kusů injekčních stříkaček k 1 aplikaci</i> | <i>64</i> |
| <i>Tabulka 22: Spotřeba více kusů injekčních stříkaček k 1 aplikaci u mužů a žen v celých číslech</i> | <i>64</i> |
| <i>Tabulka 23: Četnost spotřeby více kusů injekčních stříkaček k 1 aplikaci v posledním týdnu v celých číslech.....</i> | <i>64</i> |
| <i>Tabulka 24: Průměrná spotřeba injekčních stříkaček k 1 aplikaci v kusech</i> | <i>65</i> |
| <i>Tabulka 25: Průměrná spotřeba injekčních stříkaček dle primární drogy</i> | <i>66</i> |
| <i>Tabulka 26: Průměrná spotřeba injekčních stříkaček dle frekvence návštěv.....</i> | <i>67</i> |
| <i>Tabulka 27: Celková týdenní spotřeba ideálního výzkumného souboru podle primární drogy a frekvence návštěv zařízení</i> | <i>68</i> |
| <i>Tabulka 28: Celková týdenní spotřeba ideálního výzkumného souboru podle zařízení a frekvence návštěv.....</i> | <i>69</i> |
| <i>Tabulka 29: Týdenní a roční spotřeba stříkaček - souhrn.....</i> | <i>69</i> |
| <i>Tabulka 30: Podíl distribuce injekčních stříkaček za rok 2014.....</i> | <i>70</i> |

12.2 Seznam grafů

| | |
|---|----|
| <i>Graf 1: Rozložení respondentů mužského pohlaví dle zařízení v procentech (%)</i> | 48 |
| <i>Graf 2: Rozložení respondentů ženského pohlaví dle zařízení v procentech (%)</i> | 48 |
| <i>Graf 3: Úroveň vzdělání respondentů v procentech (%)</i> | 50 |
| <i>Graf 4: Respondenti dle primární drogy v procentech (%)</i> | 51 |
| <i>Graf 5: Primární droga u mužů v procentech (%)</i> | 52 |
| <i>Graf 6: Primární droga u žen v procentech (%)</i> | 52 |
| <i>Graf 7: Další injekční užívání drog k droze primární (%)</i> | 53 |
| <i>Graf 8: Zobrazení typického uživatelského týdne v procentech (%)</i> | 57 |
| <i>Graf 9: Upřesnění typického uživatelského týdne v procentech (%)</i> | 58 |

12.3 Dotazník pro klienty TP a KC

Dobrý den, jmenuji se Radka Provazníková a jsem studentkou oboru Adiktologie, 1. LF UK. Chtěla bych Vás požádat o **spolupráci** a vyplnění tohoto **anonymního** dotazníku, který mapuje *spotřebu injekčního materiálu*. Získaná data poslouží výhradně ke zpracování mé diplomové práce. Kódy klientů nebudou nikde zveřejněny, jsou však nutné k provedení výzkumu. Prosím, vyplňujte dotazník podle pravdy, jen pravdivé údaje jsou pro nás cenné. **Velice děkuji za Váš čas a ochotu zúčastnit se výzkumu!**

1. Kód:

2. Pohlaví: žena ☒ muž

3. Věk:

4. Nejvyšší dosažené vzdělání? a) nedokončená ZŠ b) ZŠ c) učební obor bez maturity d) SŠ e) VOŠ/VŠ

5. Užíváte drogy injekčně? ano ☒ ne

6. Jak dlouho užíváte injekčně?

7. Jaká je Vaše primární (hlavní) droga, kterou užíváte injekčně? (možná pouze 1 odpověď)

a) pervitin b) heroin c) subutex d) jiná droga (jaká?).....

8. Užíváte injekčně i jiné další drogy? a) ano ☒ ne - Pokud ano, jaké (Označte všechny, které se hodí).

a) pervitin b) heroin c) subutex d) jiná droga (jaká?).....

9. Obvykle užíváte kombinaci drog současně (1 jehlou 1 aplikace) nebo zvlášť (tj. 2 různé aplikace)?

a) současně b) zvlášť, ale stejnou stříkačkou c) zvlášť, ale vždy čistou stříkačkou

10. Jak často jste užil/a více drog ve výše uvedené kombinaci v posledních 7 dnech? Četnost:.....

11. Kolikrát jste v posledních 7 dnech užil/a drogu injekčně? Označte v těchto dnech víkend. Vypište do každého řádku počet injekčních aplikací za den.

| | Posledních 7 dní (ot. 11) | Typický týden (ot. 12) |
|-----------------|---------------------------|------------------------|
| a) včera: | | |
| b) předevčírem: | | |
| c) před 3 dny: | | |
| d) před 4 dny: | | |
| e) před 5 dny: | | |
| f) před 6 dny: | | |
| g) před týdnem: | | |

12. Byl Váš poslední týden typický? ano ☒ ne

Pokud ne, typicky užívám: a) výrazně častěji b) spíše častěji c) spíše méně často d) výrazně méně často

13. Odhadněte prosím přibližně, na kolik % jste si jisti svou výpovědí v otázce číslo 11.%

14. Sdílel/a jste v posledních 7 dnech injekční stříkačku s někým jiným? ano ☒ ne

Pokud ano, ke kolika aplikacím jste použil stříkačku, kterou už použil někdo jiný?

15. Použil/a jste v posledních 7 dnech svoji injekční stříkačku opakovaně? ano ☒ ne

Pokud ano, ke kolika aplikacím jste použil vlastní již dříve použitou stříkačku?

16. Použil/a jste v posledních 7 dnech k 1 aplikaci více stříkaček? ano ☒ ne

Pokud ano, kolikrát? Kolik stříkaček průměrně jste spotřeboval/a k 1 aplikaci?

17. Kde si injekční stříkačky nejčastěji obstaráváte? Vyjádřete v % kolik stříkaček asi kde:

a) od terénních programů/ z kontaktního centra b) z lékárny c) jinak (jak?)

18. Odhadněte prosím, kolikrát jste v posledním měsíci (v roce 2015) navštívil K-centrum nebo byl v kontaktu s terénními pracovníky. Četnost: